

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON
Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER
Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP
Chirurgien de l'hôpital du Midi,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Secrétaire de la rédaction :

Dr P. MERKLEN

Les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* paraissent mensuellement le 25 de chaque mois.

Chaque numéro forme environ 5 feuilles avec planches et figures dans le texte.

PREX DE L'ABONNEMENT ANNUEL : Paris, 30 fr. ; — Départements et Union postale, 32 fr.

TOME IX. — N° 44.

25 Novembre 1888.

SOMMAIRE.

Mémoires originaux : I. Contribution à l'étude de l'érythème infectieux, par P. SIMON et LÉGRAIN.

II. De l'influence des variations de la pression, à laquelle sont soumis les

vaisseaux, sur la production du purpura, par HENRI HARTMANN.

Recueil de faits : I. Gomme syphilitique ulcéreuse du cuir chevelu à la 44^e année de la syphilis.

II. Ouite moyenne, examen du pharynx, du larynx et du nez chez un lépreux,

par WAGNER.

III. Chancres multiples du palais, par OHMANN DUMESNIL.

Revue générale : Prophylaxie publique de la syphilis, par BARTHELEMY.

Revue de dermatologie : *Compte rendu des thèses de Paris, 1887-1888.* — I. Des dermites et de

l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux, par JEAN-

SELME. — II. Du purpura infectieux primitif, par MARTIN DE GIMARD. — III. Psoriasis et ar-

thropathies, par ROUQUILLON. — IV. Le lupus du larynx, par L. MARTY. — V. Sur la tuberculose

par inoculation entanée chez l'homme, par LÉVÊQUE. — VI. Zona chez les tuberculeux, par

P. LEROUX. — VII. Zona bilatéral compliqué d'herpes généralisé, par BOLLAND. — VIII. Des

tumeurs multiples sous-cutanées dans la diathèse sarcomateuse, par P. MORET. — IX. De

la pellagre symptomatique, par GIERLIN. — X. Œdème et anasarque de nature rhumatismale,

coexistence de la dilatation de l'estomac, par ARCTURIOLES. — XI. Maladies de Nor-

van, par D'OCER DE SEVILLÉ. — XII. Rapports de l'albuminurie avec l'ecthyma et l'impétigo,

par J. DONNADIEU. — XIII. Des végétures du thorax, par SCIALOM. — XIV. Éléphantiasis du

scrotum, par LE SINEY. — XV. Traitement des ulcères variqueux par le sulfate de cuivre, par

R. BLANC. — XVI. Traitement des végétations des organes génitaux externes, par RENILLARD.

— XVII. La resorcine en médecine, par LECONTE. — XVIII. Des syphiloïdes post-érosives,

par L. JACQUET. — XIX. De l'épithélioma pavimenteux primitif des cicatrices, par C. DURAND.

Bibliographie : I. Traité pratique des maladies vénériennes, par GIUSEPPE PROVETA.

II. Index bibliographique des mémoires anglais et américains parus en 1887.

Varia. Congrès de dermatologie et de syphiligraphie. Nouveau journal de dermatologie.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MDCCCLXXXVIII

AVIS. — Les auteurs des Mémoires originaux insérés dans les ANNALES DE DERMATOLOGIE reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail, tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination. — Il n'est pas fait de tirages à part.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CUTANÉES
PAR LES
NOUVEAUX EMLATRES SUR GAZE IMPERMÉABLE
DE

CAVAILLÉS

Pharmacien, successeur de ROGÉ

9, RUE DU QUATRE-SEPTEMBRE, PARIS

EMLATRE SALICYTÉ CRÉOSOTÉ

contre le Lupus

EMLATRE A L'HUILE DE CADE

contre le Psoriasis

EMLATRE A L'OXYDE DE ZINC

contre l'Eczéma

**Emplâtre à la Résorcine, Emplâtre à l'Huile de morue
Etc., etc., etc.**

Tous ces emplâtres sont très chargés en substance active et journellement prescrits par les médecins de l'Hôpital Saint-Louis et les principaux Dermatologistes.

On trouve aussi à la Pharmacie ROGÉ-CAVAILLÉS

Le **TAFFETAS DE VIGO**, préconisé depuis de longues années pour le pansement des plaies syphilitiques et scrofuleuses.

Les **CAPSULES DE SANTAL CITRIN**, à 40 centigrammes d'essence pure.

Les **SIROPS DÉPURATIFS IODURÉS ET BI-IODURÉS**, à 50/0 d'iodure de potassium.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

GUDENDAG FRÈRES

Fournisseurs des Hôpitaux, etc.

49, RUE DE L'ODÉON, PARIS

Spécialité d'Appareils en caoutchouc pour Maladies
de la peau

PANSEMENTS VAGINAUX à la Glycérine
PAR LA MALADE ELLE-MÊME (à tous médicaments).
LA BOITE: 3 FR. 50 C. Rue Lafayette, 87. PARIS

OVULES CHAUMEL

PASTILLES DE CHLORHYDRATE
Contre les Affections de la Gorge et de l'Estomac.
LA BOITE: 3 FR. — Rue Lafayette, 87. PARIS

COCAÏNE CHAUMEL

Nouveau Sucre en Pastilles comprimées
POUR DIABÉTIQUES
Dose 1 fr. et 2.50 rue Lafayette, 87. Paris

SACCHARINE CHAUMEL

SOLUTION TITRÉE
(dose à un gramme par cuillerée)
N. 51, 52, 53, r. Lafayette, 87

ANTIPYRINE CHAUMEL

E

E

ie

e-
IX

nt

m.

EL

EL

EL

EL



TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉRYTHÈME INFECTIEUX.

Par MM. P. SIMON, agrégé, et E. LEGRAIN, ex-préparateur
à la Faculté de médecine de Nancy.

On tend aujourd'hui à considérer l'érythème polymorphe, non plus comme une simple dermatose, mais comme une véritable pyrexie dont l'exanthème ne représente qu'une des manifestations, l'affection pouvant d'ailleurs, comme la plupart des maladies infectieuses, présenter diverses localisations viscérales, vers le poumon, le cœur ou les reins. Cette doctrine, émise par Trousseau, Hardy et Besnier, Spillmann, et défendue depuis par de Molènes-Mahon (1) et Marquet (2), a été exposée tout récemment, avec de nouvelles preuves à l'appui, par Haushalter (3) et de Langenhagen (4). Le premier a même réussi à isoler, chez deux malades atteints d'érythème polymorphe, un microcoque mobile, donnant des cultures blanches sur gélose, qu'il semble considérer comme l'agent pathogène de l'affection. Nous avons eu occasion, pour notre part, d'observer dans ces derniers temps, à la clinique infantile, un cas d'érythème marginé accompagné d'albuminurie transitoire qui nous a permis d'entreprendre une série d'expériences de contrôle et de vérifier en partie les résultats obtenus par l'auteur précédent. Ces recherches, basées sur un fait unique, ne nous permettent pas évidemment de conclure d'une façon définitive ; elles nous ont paru cependant présenter assez d'intérêt pour être relatées en détail. Voici d'abord cette observation :

(1) *Thèse de Paris*, 1884.

(2) *Thèse de Paris*, 1885.

(3) *Revue médicale de l'Est*, janvier 1888.

(4) *Thèse de Nancy*, juillet 1888.

D... Arnold, douze ans, entré le 27 juin à la maison de secours; il se dit malade depuis le 23 juin au matin; la veille, il était encore bien portant; il avait bien diné et bien dormi. Le 23, en s'éveillant, il s'aperçut qu'il portait des taches rouges sur la face dorsale de la main; ces taches lui causaient une sensation de prurit assez intense; le soir, la face était envahie à son tour et, le lendemain, la main droite.

Etat actuel, 27 juin. — Température 37°,1. Sur le dos de la main gauche, on constate des papules arrondies, dont le centre est jaunâtre et le contour plus saillant, rosé; quelques-unes, fusionnées ensemble, forment une plaque irrégulière à contour festonné. La dimension des plaques varie du volume d'une lentille à celui d'une pièce de 5 francs. Quelques papules discrètes se voient sur les doigts et le poignet. A la main droite, une vingtaine de petites papules peu saillantes. A la face, nombreuses plaques d'érythème confluentes, surtout du côté gauche, plus discrètes à droite, occupant la partie inférieure des joues et le menton. Rien sur le tronc ni sur les membres inférieurs, ni à la gorge. — Langue peu chargée; appétit conservé. — Prurit modéré au niveau des parties affectées.

28 juin. — T. m. 37,5. — T. s. 37,3. A la face, l'éruption a un peu pâli, mais le relief des plaques persiste: légère desquamation à leur surface. A la main droite, l'éruption ne s'est pas modifiée; à la main gauche, les plaques sont presque toutes fusionnées et présentent une coloration rosée aux bords, blanc jaunâtre au centre; quelques nouvelles papules ont apparu à la face dorsale des poignets.

28 juin. — Apyrexie. Les taches s'effacent sur les mains et les poignets. La desquamation continue à la face. *Pas d'albumine dans les urines.*

2 juillet. — *Quantité notable d'albumine dans les urines.* L'éruption a disparu aux deux mains.

4 juillet. — *Pas d'albumine dans les urines.* L'éruption est complètement effacée.

Sorti le 9 juillet sans nouveaux accidents.

Nous n'avons pas cru devoir rechercher les microbes dans les couches superficielles de la peau, à cause des nombreuses espèces de bactéries saprophytes qui y existent constamment à l'état normal; nous avons recueilli du sang au niveau d'une plaque d'érythème avec toutes les précautions antiseptiques usitées en pareil cas et nous avons isolé par la culture deux microbes: un microbe blanc qui peut être considéré comme identique à celui d'Haushalter et dont nous donnerons une description complète et un microbe jaune que nous n'avons pu rapporter à aucune espèce décrite jusqu'ici.

1^o Microcoque blanc.

Morphologie. — Il se trouve ordinairement en diplocoques qui possèdent un mouvement d'oscillation assez vif même sur les vieilles cultures. Les dimensions d'un élément varient entre 0 μ , 6 et 0 μ , 8. Ces microbes restent colorés par la méthode de Gram; ils se développent très peu dans la gélatine, aussi n'avons-nous pu obtenir sur plaques que de très minimes colonies granuleuses, visibles seulement après une semaine et n'augmentant pas dans la suite. Par piqûre en tube de gélatine, on n'obtient que des cultures peu

importantes, ne se développant guère plus à la surface de la gélatine que dans le trajet de la piqure. La gélatine n'est pas fluidifiée.

Culture sur gélose. — Le développement est très rapide à 35 degrés centigrades. Si l'on a inoculé la surface de gélose en strie, on observe, au bout de quarante-huit heures, une culture blanche d'un demi-centimètre de largeur, peu épaisse, d'aspect un peu luisant, ne se ternissant pas sensiblement avec le temps, puis la culture s'épaissit sans augmenter de largeur. Après six jours, elle reste stationnaire. La consistance de la culture est crémeuse, elle ne se laisse pas étirer.

Culture sur pomme de terre à 35 degrés centigrades. — Si on inocule la tranche de pomme de terre stérilisée en laissant couler à sa surface une goutte d'une culture dans le bouillon, toute la surface est couverte au bout de vingt-quatre heures de petits mamelons blancs, peu surélevés, d'aspect lisse, unis les uns aux autres par de petites travées blanchâtres et devenant confluent au troisième jour. Si la tranche de pomme de terre a été inoculée en strie, la bande de culture a, au bout d'un jour, la largeur d'un millimètre environ. Elle s'étend assez rapidement en surface et donne au bout de trois jours une nappe blanchâtre, atteignant un centimètre de largeur. A partir de ce moment, la culture n'augmente plus guère en largeur, mais en épaisseur; après dix jours, on obtient une culture assez épaisse, de consistance pâteuse, dont le centre un peu plissé possède une coloration grisâtre, tandis que la périphérie, blanche et lisse, a des contours sinueux. A la température ambiante, la culture se fait de la même manière, mais beaucoup plus lentement.

Culture sur le bouillon à 35 degrés centigrades. — Le bouillon neutre ou légèrement alcalin est troublé après douze heures de culture et, au bout de deux jours, il s'est formé au fond du matras un dépôt d'environ un millimètre d'épaisseur.

Action physiologique. — Inoculées à des souris par injections sous-cutanées, les cultures déterminent la mort de ces animaux dans l'espace de cinq à huit jours; le microbe se retrouve dans le sang du foie et du cœur, et semble agir en produisant une véritable septicémie sans lésions locales.

2° Microbe jaune.

Morphologie. — C'est un microcoque rond, se trouvant parfois en petits amas ou en courtes chainettes de 4 à 5 articles, mais plus souvent en diplocoques; dans ce dernier cas, on observe la plupart du temps qu'un des éléments est sensiblement plus volumineux que l'autre. La grosseur de ces microcoques varie d'un demi à un μ . Ils possèdent un mouvement d'oscillation très prononcé, même sur les milieux solides; dans la liqueur de Rippart et Petit, les mouvements s'arrêtent immédiatement, les microcoques restent colorés par la méthode de Gram.

Cultures en tubes de gélatine. — Le développement est assez lent, toutefois il faut remarquer que ces cultures ont été faites en juillet-août et qu'à cause de la chaleur, nous employions alors de la gélatine peptone contenant 45 0/0 de gélatine. Si l'on a inoculé le tube en piqure, on aperçoit, après 45 jours, une petite cupule qui augmente en profondeur et contient une gelée visqueuse plutôt que franchement fluide. Au moment où la cupule atteint les parois du tube, elle a 3 ou 4 centimètres de profondeur. L'entonnoir de liquéfaction contient dans toute sa hauteur des flocons peu nombreux mais assez volumineux dans sa partie inférieure, plus petits mais plus rapprochés dans sa partie supérieure; à sa surface libre, on trouve des grumeaux flot-

tants; au fond de l'entonnoir existe un dépôt peu considérable, assez dense. Ce dépôt, ainsi que les flocons qui nagent dans le liquide et à sa surface possède une belle coloration jaune de chrome. Quand tout le tube est liquéfié, ce qui n'arrive qu'au bout de cinq à six semaines, tous les flocons se sont réunis au fond du tube et le liquide est redevenu limpide.

Cultures sur gélose à 35°. — La culture se fait rapidement : au bout de 6 heures, on voit, le long de la strie d'inoculation, une bande transparente qui prend peu à peu une coloration jaune comparable à celle des cultures vieilles du *micrococcus pyogenes aureus*. Après vingt-quatre heures, la culture sur gélose a presque un demi-centimètre de largeur; sa surface est un peu luisante. Arrivée à ce stade, la culture n'augmente plus sensiblement en surface, mais seulement un peu en épaisseur. Au bout d'une semaine, les cultures sur gélose présentent une odeur aigrelette, mais nullement comparable à l'odeur de colle de farine aigre qu'ont les cultures du *micrococcus pyogenes aureus*. Les cultures ont une consistance molle et non visqueuse; on peut facilement les différencier des cultures du staphylocoque doré qui sont gluantes et se laissent parfois étirer en longs filaments.

Culture sur pomme de terre. — Après vingt-quatre heures, à la température de 35° centigrades, on commence à voir, tout le long de la strie d'inoculation, une légère bande jaune. Au bout de quinze jours, une grande partie de la tranche est couverte d'une culture un peu gluante, peu épaisse, humide, d'un beau jaune d'or plus foncé que celui de la culture du *micrococcus pyogenes aureus*. La matière colorante est insoluble dans l'alcool absolu.

Culture dans le bouillon à 35°. — Dès la 12^e heure, un léger trouble existe dans toute la masse du liquide. A la fin du 3^e jour, on constate déjà un dépôt d'un millimètre de hauteur, d'un jaune sale.

Action physiologique. — Ce microcoque, injecté à des souris, n'a déterminé aucun accident au point d'inoculation. Une culture a été injectée sans plus de succès sous la peau des oreilles et dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région inguinale d'un cobaye; l'œdème produit par l'injection avait disparu au bout de deux jours sans laisser aucune trace.

Ce microcoque, que certains caractères rapprochent du *micrococcus pyogenes aureus*, s'en distingue cependant par sa mobilité plus grande, sa culture sur pomme de terre où il prend très vite une coloration spéciale et son absence d'action pathogène. Il se laisse d'ailleurs réinoculer plus facilement que lui. Le seul micro-organisme auquel ses caractères permettent de le comparer est le microcoque du clou de Biskra. Les cultures sur gélatine, sur gélose et sur pomme de terre, ressemblent beaucoup à celles qu'a décrites Chantemesse dans son mémoire sur le microbe du bouton du Nil; mais son absence d'action pathogène pour les animaux sur lesquels nous l'avons expérimenté doit l'en faire distinguer absolument.

Examen des urines. — Nous avons pratiqué chez notre sujet l'examen bactériologique des urines. Ici la question est plus complexe. Les urines, mêmes normales, prises avec toutes les précautions voulues au sortir du canal, peuvent renfermer une dizaine d'espèces qui vivent en saprophytes sur la muqueuse uréthrale. Les microbes susceptibles de se rencontrer dans les urines pathologiques sont bien plus nombreux encore, puisque Doyen n'en a pas isolé moins de 36 espèces.

Contrairement à Haushalter, nous n'avons pu rencontrer ces microcoques décrits plus haut dans les nombreuses cultures faites avec l'urine de notre malade; il s'y trouvait, par contre, une intéressante espèce saprophyte, dont

l'un de nous fera l'objet d'une publication spéciale en collaboration avec M. le professeur agrégé Macé.

Quoi qu'il en soit, notre observation vient à l'appui de la théorie qui range l'érythème polymorphe parmi les maladies infectieuses. Nos résultats concordent, pour le fond, avec ceux qu'a obtenus Haushalter et il est fort admissible que le microbe blanc, pathogène pour les espèces inférieures, que nous venons de décrire soit en réalité l'agent virulent de l'érythème. Pour pouvoir l'affirmer d'une façon positive, il faudrait nécessairement un plus grand nombre d'observations et surtout des inoculations sur le vivant. Il est possible, d'ailleurs, que l'affection ne soit pas due à un parasite unique, mais qu'elle résulte d'une infection par une association microbienne; et même quand on songe à ces érythèmes symptomatiques qui surviennent parfois dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, le choléra, l'impaludisme etc., on est en droit de se demander si les érythèmes infectieux sont dus à un agent toujours identique à lui-même ou bien si, au contraire, ils ne sont pas produits par des infections différentes: les exemples ne manquent pas d'un processus clinique unique consécutif à l'introduction dans l'organisme de microbes différents et, pour n'en citer qu'un, nous voyons par exemple l'inflammation des méninges relever tantôt du bacille de Koch, tantôt du pneumocoque de Fraenkel, tantôt encore du microcoque de la méningite cérébro-spinale. Nous nous abstenons donc de toute conclusion hâtive et nous nous estimerons heureux si nous avons pu contribuer à éclaircir un point encore obscur de la nosologie médicale en suscitant des recherches nouvelles sur la question du caractère infectieux de certaines formes d'érythème.

DE L'INFLUENCE DES VARIATIONS DE LA PRESSION,
A LAQUELLE SONT SOUMIS LES VAISSEAUX,
SUR LA PRODUCTION DU PURPURA.
IMMOBILISATION DES MEMBRES ET PURPURA.

Par **Henri HARTMANN**, professeur à la Faculté.

Dans le purpura, dit *mécanique* (du Castel) (1), qui s'observe comme conséquence d'exagération de tension se produisant d'une façon brusque (quintes de toux de la coqueluche, convulsions de l'attaque d'épilepsie), dans celui qui survient au cours de la phlegmatia alba dolens, dans celui qui se montre chez les variqueux, chez les cardiaques, l'augmentation de la tension du sang à l'intérieur des capillaires apparaît, d'une façon évidente, sinon comme la cause directe du purpura, tout au moins comme une cause déterminante d'une importance considérable. La réapparition d'une éruption de purpura simple, myélopathique, lorsque le malade, après être resté pendant quelques jours alité, se lève, est aussi un fait d'observation vulgaire. L'influence des modifications de la tension sanguine dans les capillaires sur l'apparition des éruptions purpuriques est donc chose actuellement bien connue.

Si nous croyons devoir y revenir, c'est qu'il existe une variété de purpura, peu étudié jusqu'ici, bien que fréquent dans les services de chirurgie où l'influence des modifications de la tension intra-vasculaire est des plus évidentes, et où l'on peut, en quelque sorte, régler expérimentalement l'apparition des taches purpuriques. Nous voulons parler du purpura qui se montre quelquefois sur les membres inférieurs, lorsque ceux-ci ont été immobilisés pendant un temps assez long; survenant sur des malades convalescents, que l'on néglige généralement un peu, confondu avec les autres phénomènes de stase veineuse et d'œdème, qui se produisent dans ces conditions, ce purpura n'a guère attiré l'attention des observateurs.

Son existence a toutefois été constatée bien avant qu'il n'eût attiré notre attention. Dès 1823, Jules Cloquet avait signalé la possibilité de

(1) DU CASTEL. Des diverses espèces de purpura. (*Th. Agr. Paris*, 1883, p. 31.)

l'apparition « d'ecchymoses, lesquelles commencent ordinairement à paraître au niveau des bulbes des poils qui ne sont pas détachés ». Il voyait là le résultat de causes débilitantes locales et générales aboutissant à une sorte d'état scorbutique local, qui empêchait la consolidation des fractures (1).

Notre ami Lataste, dans sa thèse, donne aussi une observation d'éruption hémorragique d'apparence purpurique, survenue chez un malade, atteint de fracture des deux os de la jambe. Pour lui, « cette éruption hémorragique montre simplement la difficulté qu'éprouve la circulation en retour et l'affaiblissement des parois des petits vaisseaux ; elle n'a pas d'autre signification et reste généralement limitée au segment du membre qui a été fracturé (2) ».

En réalité, on n'a affaire, dans les cas où on l'observe, qu'à une variété de purpura résultant le plus souvent de l'action d'une *augmentation brusque de la pression sanguine à l'intérieur des capillaires*, peut-être altérés dans leur nutrition par l'immobilisation, l'enveloppement dans un appareil et l'existence même d'une lésion traumatique.

Normalement, le calibre des vaisseaux capillaires est maintenu à peu près constant par suite de l'établissement d'une sorte d'équilibre entre la tension intra-vasculaire d'une part, la contractilité des vaisseaux et la résistance des tissus voisins d'autre part. Cette tension intra-vasculaire varie, la pesanteur élevant la pression du sang dans les parties déclives, l'abaissant dans les parties élevées. Mais, à ces variations dans la tension intra-vasculaire correspondent des variations correspondantes dans la force contractile des vaisseaux, « celle-ci variant et s'adaptant, au bout d'un temps variable, à la pression intérieure du sang » (Marey) (3). Lorsque les capillaires des membres inférieurs cessent d'être soumis pendant un temps assez long aux augmentations de tension, que détermine la station debout, ils perdent le pouvoir de s'accommoder à ces augmentations de pression. C'est ce qu'on observe fréquemment chez les malades qui, après être restés longtemps alités, se lèvent pour la première fois ; la circulation cessant de se faire d'une manière régulière, les jambes rougissent et se tuméfient. Que, dans ces conditions, par suite de lésions trophiques, fréquentes du reste sur les membres atteints de fracture, de contusion ou d'affection articulaire, la paroi du vaisseau soit altérée, le capillaire se rompra ou tout au moins perdra son élasticité, se laissera

(1) J. CLOQUET. Du scorbut qui se manifeste d'une manière locale, pendant le traitement des fractures, et s'oppose à leur consolidation. (*In Arch. gén. de méd. Paris*, 1823, t. I, p. 470.)

(2) LATASTE. De l'état des membres fracturés après la consolidation. (*Th. Paris*, 1880 ; n° 48, p. 13.)

(3) MAREY. Circulation du sang. Paris, 1881, p. 381.

dilater, et l'on verra apparaître des taches purpuriques, quelquefois même de véritables ecchymoses.

Cette rupture des capillaires se produit d'autant plus facilement que souvent l'affection osseuse ou articulaire, dont le malade est atteint, a nécessité l'application d'un appareil plus ou moins compressif qui a, pendant la durée du traitement, comprimé et soutenu la paroi externe des vaisseaux ; si bien qu'au moment de l'entrée en convalescence, deux facteurs se surajoutent pour amener la rupture ou tout au moins la dilatation de ceux-ci :

A. Augmentation de la pression intra-vasculaire, résultant de l'attitude verticale que prend le malade en se levant.

B. Diminution de la pression extra-vasculaire résultant de l'ablation de l'appareil compressif.

Cette éruption purpurique se montre en général la première fois que le malade se lève (10 fois sur 14) ; elle résulte de l'augmentation brusque de la tension intra-vasculaire dans les capillaires de la jambe ; quelquefois elle apparaît, avant même que le malade se soit levé, dans la journée qui suit l'enlèvement d'un appareil ouaté compressif (3 fois sur 14) ; c'est alors la diminution de la pression extra-vasculaire, qui a été cause de la rupture ; une fois seulement, nous l'avons observée chez un malade qui se levait depuis plusieurs jours, lorsqu'il a commencé à essayer de marcher.

Les causes qui prédisposent à cette éruption nous sont peu connues. Nous l'avons observée 11 fois chez l'homme, 3 fois chez la femme ; mais cela tient simplement à la plus grande fréquence chez l'homme des affections chirurgicales au cours desquelles elle se montre. L'âge, non plus, ne paraît pas avoir une bien grande influence. Il semble cependant que la fréquence augmente un peu à mesure que l'individu vieillit. Nos malades avaient 14, 20, 20 1/2, 23, 26, 28, 30, 32, 35, 50, 52, 54, 55, 63 ans. Nous avons recherché dans 9 cas s'il existait des varices ; chez 3 malades, nous en avons trouvé les signes ; chez 6, rien n'autorisait à en soupçonner l'existence. En somme, rien de bien important à noter sur tous ces points.

Les affections chirurgicales, qui ont précédé l'apparition de cette éruption, ont aussi présenté la plus grande variété. Dans 2 cas, il s'est agi de contusion du pied ou de la jambe ; dans 2 autres, d'entorse du cou-de-pied ou du genou ; dans 1, de fracture du péroné ; dans 1, de fracture bimalléolaire ; dans 2, d'arthrite du genou (1 blennorrhagique, 1 rhumatismale) ; dans 1, d'hydarthrose ; dans 1, d'abcès froid iliaque ; enfin, chez 1 malade, l'affection s'est montrée après une légère poussée de phlébite.

L'intensité du traumatisme ou de la lésion pathologique n'est donc pas nécessaire pour sa production; un seul fait nous semble intéressant à noter, c'est que, dans tous les cas, il s'est agi soit de membres complètement immobilisés dans un appareil plâtré ou silicaté, soit tout au moins de membres enveloppés dans un appareil ouaté pendant un temps plus ou moins long. Jamais nous ne l'avons observée sur des fractures ou des entorses traitées par le massage.

Dans 1 cas, la gêne de la circulation en retour, causée par l'application d'un appareil ouaté compressif, commençant à 4 travers de doigt au-dessus des chevilles et s'arrêtant au milieu de la cuisse, a suffi pour déterminer dans toute la partie de la jambe sous-jacente à l'appareil, et seulement dans celle-ci, l'apparition d'une éruption purpurique.

A part ce cas exceptionnel, l'éruption apparaît lorsque le malade quitte le lit, ou même simplement à la levée de l'appareil; elle se fait presque toujours en une seule poussée et accompagne l'œdème ordinairement observé à ce moment. Quelquefois cependant, l'éruption peut se faire en plusieurs temps. Peu marquée, lorsque le malade se lève pour la première fois, elle subit un accroissement considérable, lorsqu'il cherche à marcher.

Elle est caractérisée par l'apparition de petites taches rouges, sans relief, de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, à contours arrondis, ne s'effaçant pas par la pression du doigt, et disséminées çà et là sans ordre bien régulier. Beaucoup de ces taches présentent en leur centre un follicule pileux.

Peu marquée, l'éruption est réduite à quelques taches purpuriques; abondante, elle est caractérisée par une éruption de taches confluentes occupant une étendue plus ou moins grande. Elle s'accompagne quelquefois de l'apparition d'un pointillé très fin, rouge, affectant la forme de plaques à contours mal limités, ou, si l'on veut, d'un semis de petites taches rouges, excessivement fines, ne s'effaçant pas par la pression du doigt, réunies en masses confluentes et s'égrenant à la périphérie des plaques ainsi constituées.

Le siège le plus habituel de l'éruption est la partie inférieure de la jambe; très rarement on l'observe sur le dos du pied; très rarement aussi on la voit s'étendre sur la partie inférieure de la cuisse. Dans un seul cas, nous avons noté l'apparition simultanée de quelques taches sur le membre sain, lorsque le malade s'est levé pour la première fois.

Un fait intéressant, c'est que, dans quelques cas, l'éruption n'est apparue que sur les segments de membre qui étaient antérieurement soumis à la compression d'un appareil. L'ablation de celui-ci a même suffi, plusieurs fois, à déterminer l'apparition de l'éruption, par suite de la décompression brusque qui accompagnait la levée de l'appareil.

Réciproquement, chez des malades qui allaient se lever à la fin du traitement d'une fracture ou d'une affection articulaire, nous avons pu, par l'application d'un bandage, mettre obstacle, sur des zones que nous délimitions à notre gré, à l'apparition de l'éruption. Nous pouvions régler, pour ainsi dire, expérimentalement, l'espace occupé par l'éruption, en ne laissant à découvert que des segments limités du membre. Toujours, dans ces cas, l'éruption se limitait très exactement aux parties découvertes, s'arrêtant suivant un contour rectiligne au niveau du dernier tour de bande qui limitait l'espace laissé à nu. Jamais les parties, recouvertes par la bande, ne présentaient trace d'éruption. Lorsque la bande roulée recouvrait les parties, moyenne et supérieure, de la jambe, l'éruption occupait exclusivement les parties sous-jacentes; lorsqu'elle recouvrait le pied et les chevilles, l'éruption apparaissait sur les parties, moyenne et supérieure, de la jambe, s'arrêtant très exactement au niveau du tour supérieur du bandage roulé, laissant indemnes la partie inférieure de la jambe et le dos du pied.

Dans tous les cas, l'éruption semblait sous la dépendance d'une rupture de l'équilibre existant entre la pression intra-vasculaire et la résistance qui lui était opposée par la paroi du vaisseau, augmentée de celle des parties avoisinantes (tissus du membre, appareil extérieur). Tantôt c'était la pression intra-vasculaire qui augmentait brusquement, lorsque le membre étant resté immobilisé pendant un temps plus ou moins long, le malade se levait pour la première fois, ou lorsqu'un appareil compressif venait gêner la circulation en retour. Tantôt c'était la résistance des parties extra-vasculaires qui diminuait, lorsqu'on enlevait un appareil qui avait tenu, pendant un temps assez long, le membre comprimé. Mais toujours on pouvait suppléer au défaut de résistance des vaisseaux par l'application d'un bandage roulé, qui suffisait à empêcher, partout où il était, l'apparition de taches purpuriques.

Cette éruption ne présente aucune importance au point de vue du pronostic de la lésion qu'elle accompagne ou qu'elle suit. Elle apparaît, lors de lésions des plus bénignes, et disparaît en cinq à six jours, sans laisser de traces de son passage. Elle indique simplement un trouble dans la nutrition des capillaires dont la paroi ne peut résister aux changements brusques de pression. Aussi croyons-nous qu'elle n'a guère d'intérêt pratique, et nous élevons-nous contre l'opinion de J. Cloquet, qui voulait que son pronostic fût grave, et qui voyait là l'indice d'un scorbut local empêchant la consolidation des fractures.

GOMME SYPHILITIQUE ULCÉREUSE DU CUIR CHEVELU
DÉVELOPPÉE A LA 44^e ANNÉE DE LA SYPHILIS.

Nécrose du pariétal au niveau de l'ulcération, et perforation de la table externe de l'os. — Formation de pertuis traversant toute l'épaisseur de l'os, et établissant une communication avec un foyer purulent situé entre la paroi osseuse et les méninges. — Trépanation ; amélioration consécutive. — Apparition d'un abcès dans la région occipitale gauche ; phlébite concomitante du membre inférieur droit. — Incision de l'abcès. — Le lendemain, mort. — Autopsie.

Observation recueillie dans le service de M. le Dr Ch. MAURIAC,

Par MM. J. HUGUET et AUDAIN.

Charles X..., âgé de 63 ans, courtier en vins, entra le 1^{er} décembre 1887, au lit n° 6 de la salle 12 du service du Dr Mauriac, à l'hôpital du Midi.

Chez ce malade, vers le mois de juillet 1886, se développa au niveau du bord supérieur du pariétal gauche, une tumeur qui, d'abord dure, ne tarda pas à se ramollir, puis à s'ouvrir spontanément, donnant lieu à une ulcération qui présentait à peu près les dimensions et la forme d'une pièce de 2 francs. Cette ulcération, d'abord superficielle, s'étendit en profondeur d'une façon lente et progressive, si bien qu'au bout de six mois, la face externe du pariétal était mise à nu. A ce moment, la sœur du malade, très préoccupée, lui fit consulter plusieurs médecins des hôpitaux qui prescrivirent le traitement spécifique. Ce traitement, suivi depuis lors avec régularité, ne tarit pas la suppuration, mais semble avoir empêché que la plaie n'ait pris une plus grande extension.

Le malade entra à l'hôpital du Midi (1^{er} décembre 1887), un an et demi après l'apparition de l'ulcération. A ce moment, nous constatons l'état suivant : Au niveau du bord supérieur du pariétal gauche, presque sur la ligne médiane, et à 5 centimètres environ au-dessus et en avant de l'angle postéro-supérieur de l'occipital, ulcération profonde, mettant à découvert la table externe de l'os. Les bords, mesurant toute l'épaisseur du cuir chevelu, sont taillés régulièrement à pic, présentent une coloration légèrement rouge, et, à l'union du cuir chevelu et de l'os, décollement de 2 millimètres environ. L'os qu'on aperçoit au fond de l'ulcération est de couleur noirâtre sur toute son

étendue. Il est lisse, régulier; la suppuration est abondante sur tous les points de la plaie.

Après dix jours d'un traitement à l'iodure de potassium (2 gr. par jour), la lésion avait diminué d'étendue, la suppuration était moindre, quelques bourgeons charnus, développés sur les bords de la plaie, arrivèrent en s'unissant à former une sorte de bride jetée d'un côté à l'autre. Cette amélioration fut de courte durée, car la plaie, après sept ou huit jours, avait repris son aspect primitif.

Pendant le mois de janvier 1888, la plaie gagne en étendue et mesure le diamètre d'une pièce de 5 francs.

Dans les premiers jours de février, les bords décollés et rétractés mettent à découvert une partie plus grande du pariétal. Le fond se trouve à ce moment constitué par une partie centrale noire, de forme irrégulière; cette surface nécrosée est entourée d'un cercle de tissu osseux encore blanc.

Le 15 février, nous voyons apparaître en arrière et à droite de la zone de nécrose, une perforation complète de la table externe de un demi-centimètre de diamètre. Par cet orifice, on aperçoit des tractus osseux dépendant du diploë, et, tout à fait dans la profondeur, deux petits pertuis de la dimension d'un grain de millet. Un liquide puriforme remplit en partie ces pertuis, et, à chaque systole ventriculaire, ce liquide présente un mouvement d'ascension très net; pendant la diastole, au contraire, il semble descendre, et ce mouvement est accompagné d'un petit bruit sec, crépitant, assez analogue à celui que l'on produit par l'échappement d'un ongle sur l'autre. Ce mouvement alternatif d'expansion et de retrait ne peut s'expliquer que par une perforation, ou du moins par une diminution très considérable de la table interne du pariétal. On remarque, en outre, que pendant la toux et les grands mouvements respiratoires, une quantité plus ou moins abondante de pus est projetée par les orifices avec une certaine violence, comme si la masse cérébrale venait à cet instant exercer une pression énergique sur un clapier purulent qui existerait entre la table interne et la dure-mère.

Le 23 février, apparition d'une nouvelle perforation située environ à un centimètre en avant de la précédente. La surface blanche de l'os qui, jusqu'à présent, avait été lisse et régulière, se couvre depuis quelques jours d'aspérités nombreuses et se creuse de sillons dont les deux plus grands ont à peu près un centimètre de longueur. En certains points, la partie la plus superficielle de la table externe semble comme soulevée, et les sillons paraissent se prolonger sous cette même lame de tissu osseux.

Le 29 février, à 4 centimètres en avant de la lésion que nous avons décrite, tout près de la ligne médiane, mais plutôt un peu à gauche, nous remarquons sur le cuir chevelu une zone déprimée, d'environ 1 centimètre et demi de diamètre, limitée par une sorte de bourrelet circulaire, assez dur. Le centre de cette nouvelle lésion est occupé par une petite saillie conique qui présente au sommet un orifice d'où l'on peut, par la pression, faire sourdre des gouttes de pus. La zone de dépression qui entoure cette saillie présente un certain degré de fluctuation.

La suppuration de la grande ulcération est depuis longtemps très abondante; la fétidité a disparu grâce à la fréquence des pansements et à l'état de propreté dans lequel se trouve toujours la plaie.

L'état général du malade, primitivement excellent, a commencé il y a trois ou quatre ans, à présenter certains troubles qui se sont surtout accentués depuis 15 mois, époque à laquelle nous avons vu apparaître la lésion

décrite plus haut. Ces troubles consistent en un affaiblissement, sans qu'il y ait cependant de véritable paralysie. Depuis lors, la marche est devenue hésitante et difficile; le malade traîne péniblement les jambes, et tombe fréquemment, surtout lorsqu'il veut descendre de son lit. Il peut se servir des membres supérieurs bien qu'il y ait une diminution très notable de la force musculaire, aussi bien d'un côté que de l'autre. Le malade qui pouvait, il y a quelques mois, écrire facilement, peut aujourd'hui à peine signer, sans qu'on sache au juste si cet état relève de la faiblesse musculaire ou d'un trouble mental.

La parole est lente, difficile et trainante. Le malade scandé péniblement ses phrases; les mots n'arrivent qu'après un grand effort cérébral. La langue n'est ni atrophiée, ni paralysée; elle se meut avec assez de facilité. Nous devons en outre signaler une sorte de zéyayement très accentué qui remonte aux premières années de la vie, et qui, pour cette raison, demeure sans intérêt.

Rien de particulier du côté des organes des sens, et des appareils urinaire, respiratoire, circulatoire et digestif; le malade mange bien, voire même avec une certaine voracité; ses digestions sont généralement bonnes.

Les troubles intellectuels ont fait depuis quelques mois des progrès considérables, surtout depuis le mois de janvier 1888. La mémoire, déjà très imparfaite à cette époque, a complètement disparu. Le malade ne se souvient même pas des événements les plus marquants de sa vie. C'est ainsi qu'il ignore la date de sa naissance, l'époque de son mariage, le nombre de ses enfants. Il semble pourtant se rappeler le début de sa syphilis. Nous avons déjà signalé l'impossibilité où il se trouvait d'écrire et même de signer. Ajoutons qu'il est également depuis deux ou trois mois incapable de lire son journal. Il se désintéresse absolument de tout ce qui l'entoure, ne pense qu'à boire, manger et dormir. Ses nuits, très tranquilles jusqu'au mois de février 1888, sont depuis quelques jours assez agitées.

Les caractères de l'ulcération, son processus, l'efficacité très éphémère, il est vrai, mais bien constatée du traitement spécifique, suffiraient à eux seuls pour nous permettre d'établir nettement le diagnostic étiologique de cette lésion. Mais nous trouvons encore dans les antécédents une série de faits très intéressants qui nous montrent que nous sommes en présence d'une gomme syphilitique ulcéreuse ayant détruit le cuir chevelu et nécrosé le pariétal.

Notre malade, vers l'âge de 18 ou 20 ans, contracta sur les parties génitales une chancre infectant qui guérit au bout de quelques semaines, et fut, paraît-il, suivi d'une alopecie qui ne dura pas, et de légères manifestations cutanées qui se reproduisirent à plusieurs reprises. Aucun traitement ne fut suivi.

Il se maria à 24 ans (5^e année environ de la syphilis). Sa femme fit, deux ans après, une grave maladie, pour laquelle M. Ricord fut consulté. Plus tard, elle fit une fausse couche, puis, quelques années après, eut successivement deux enfants. Elle mourut en 1883, à l'âge de 60 ans, après avoir, depuis ses grossesses, joui d'une bonne santé.

L'aîné des enfants, un garçon, eut, à l'âge de 7 ou 8 ans, du psoriasis palmaire. A 18 ans, les mêmes accidents se reproduisirent. Il consulta alors plusieurs médecins, fut très affecté en apprenant la nature spécifique de ces manifestations, et se soumit à un traitement sévère. A l'âge de 23 ans, il quitta l'École des beaux-arts où il était élève dans la section de peinture;

appelé à Cahors pour son volontariat, il y mourut peu après, dit-on, d'une phthisie galopante.

L'autre enfant, une fille, présenta des accidents surtout d'ordre nerveux, et beaucoup moins nets au point de vue de l'hérédité spécifique. Vers l'âge de 18 ans, elle eut une hémiplegie droite, avec rétention d'urine par paralysie vésicale. Elle fut, paraît-il, traitée et guérie par l'emploi d'électro-aimants. Elle mourut accidentellement, il y a 15 mois, d'asphyxie par le charbon.

Depuis l'apparition de l'accident primitif et des légers accidents cutanés qui le suivirent, notre malade, quoique n'ayant suivi aucun traitement, semble avoir joui d'une bonne santé.

En 1878, c'est-à-dire à la 35^e année de la syphilis, il éprouva, à plusieurs reprises, de violentes névralgies qui semblent avoir occupé le domaine du trijumeau. A la suite d'une de ces névralgies, sur la région frontale droite, dans le territoire d'innervation de l'ophtalmique, apparut un zona très caractérisé, sans complications oculaires. Le malade porte encore sur le front des cicatrices blanches et déprimées qui remontent à cette époque. Ce zona ne pourrait-il pas avoir reconnu pour cause une irritation du trijumeau produite par quelque gomme syphilitique?

Quoi qu'il en soit, des céphalées violentes ont paru alors, pour ne disparaître que vers le milieu de l'année 1886, date du début de la gomme du cuir chevelu. Cette disparition des céphalées et des névralgies coïncide aussi avec l'époque où le malade, effrayé de la marche de la lésion qui venait de se produire, se soumit à un traitement spécifique sévère (Vigo, pilules de protoiodure — sirop de biiodure — iodure de potassium) ordonné par les médecins de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Louis qu'il avait consultés.

Un autre fait nous prouve encore qu'il s'agit bien d'un syphilitique de vieille date : on nous a rapporté que, peu de temps après son mariage, il eut de l'ozène, et que sa femme avait une certaine répulsion pour lui, trouvant qu'« il sentait mauvais du nez ». D'ailleurs, cet ozène persista très longtemps.

Enfin, le 25 novembre 1887, cinq jours avant son entrée dans le service de M. le Dr Mauriac, le malade, revenant de se faire panser à l'Hôtel-Dieu, perdit tout à coup connaissance et tomba au moment où il rentrait chez lui ; son visage était devenu très congestionné, et il ne faisait plus aucun mouvement. Il fut transporté immédiatement à la Maison Dubois dans le service du Dr Horteloup ; il resta 24 heures dans un état comateux ; c'est à partir de ce moment que nous trouvons des troubles si considérables du côté de l'intelligence. Ne nous était-il pas permis de supposer qu'il s'était produit à ce moment un certain degré d'endartérite oblitérante ayant déterminé des troubles sérieux dans la circulation cérébrale ?

On comprendra sans peine que, dans de telles conditions, nous ayons formulé un pronostic très grave : on a pu voir en effet que l'ulcération, loin de se combler, n'a fait que s'accroître, qu'une autre lésion même a paru dans ces derniers jours.

Depuis le 25 novembre, la marche des troubles intellectuels a été très rapide, et la décrépitude physique s'est accentuée d'une façon considérable.

La table externe du pariétal atteint se creuse, se perforé de toute part, et la table interne elle-même semble également subir les atteintes de la nécrose. si nous en jugeons par le mouvement d'expansion et de retrait du liquide purulent observé pendant la systole et la diastole ventriculaires.

Dans la crainte que les méninges ne participent bientôt au processus pathologique, et pour éviter cette nouvelle complication qui pourrait avoir pour le malade une issue fatale, M. Mauriac songe à une intervention chirurgicale. M. Humbert, professeur agrégé et chirurgien de l'hôpital, est consulté; après examen minutieux, il déclare la trépanation nécessaire et s'offre à faire cette opération qui, dans le cas présent, peut produire de bons effets.

Le 14 mars, la trépanation est pratiquée par M. Humbert. La couronne du trépan est appliquée sur la portion postérieure de l'os nécrosé, où l'os semble être en plus mauvais état. L'os dans son ensemble est extrêmement friable, il offre une épaisseur remarquable, de près de trois centimètres; il semble qu'il se soit produit en cet endroit une véritable hyperostose. L'ouverture obtenue avec la couronne du trépan est agrandie par la gouge et le maillet. On obtient ainsi une cavité en forme d'entonnoir dont le fond a 1 centimètre $1/2$ de diamètre et offre les particularités suivantes: Les parois osseuses présentent des orifices, extrémités de pertuis dont les uns se dirigent dans la profondeur, tandis que les autres vont se perdre dans le diploé.

L'opération rend évidente l'existence d'un foyer purulent considérable situé sous la partie nécrosée de l'os. Ce foyer siège entre la dure-mère et la table interne; il se prolonge en avant, et un stylet introduit dans sa cavité nous montre qu'il arrive à peu près à une longueur de 4 à 5 centimètres c'est-à-dire au-dessous de l'endroit où, le 20 février, nous avons noté le début d'une nouvelle ulcération.

De ce foyer s'échappe une quantité assez considérable de pus mal lié, extrêmement fétide. Après plusieurs lavages à l'eau boriquée, on voit que le fond de la cavité est constitué par la dure-mère recouverte de détritux rougeâtres qui semblent en dépendre. On peut maintenant très bien voir les mouvements d'expansion et de retrait de la masse encéphalique, mouvements isochrones aux battements du cœur et signalés plus haut.

Jusqu'au 30 mars, au point de vue local, la plaie n'a fait que des progrès peu considérables. La suppuration est encore abondante et fétide; la plaie une fois lavée, on aperçoit la dure-mère dont la surface externe est rosée. La petite plaie située en avant de la grande ulcération n'a aucune tendance à se fermer.

Il semble pourtant qu'il y ait eu une amélioration très notable du côté de l'intelligence. La mémoire est un peu revenue, et le malade nous dit qu'il s'aperçoit bien qu'il existe des lacunes dans sa mémoire; il nous explique qu'il y a des choses qu'il ne peut absolument pas se rappeler, surtout des faits remontant à une époque éloignée.

Le 31 mars, tout le membre inférieur droit devient subitement le siège d'un œdème considérable. Le membre est volumineux, assez pâle, parsemé de marbrures violacées. La pression du doigt détermine la formation du godet, mais pas aussi nettement que dans les œdèmes mous. Tous les mouvements restent possibles. Il n'y a aucune douleur ni spontanée, ni à la pression. On cherche en vain à sentir à la palpation un obstacle sur le trajet des troncs veineux. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire qu'on puisse du moins constater. Rien de particulier au cœur.

Au 1^{er} avril, nous constatons dans la région occipitale gauche, au-dessus et en arrière de l'oreille, la présence d'un abcès d'environ six centimètres de diamètre. La fluctuation est très nette, les bords sont un peu durs. Les

phénomènes douloureux, qui sont spontanés, sont accrus par la pression.

Le malade a perdu l'appétit. Depuis le 31 mars, l'iodure de potassium a été repris à la dose de 4 grammes par jour. Ce médicament avait été cessé après 10 jours, et n'avait pas été continué, parce que le malade disait en être incommodé. Le malade n'avait voulu se soumettre qu'à la médication tonique.

Le 2 avril, le membre inférieur droit est très tuméfié dans toute sa longueur; la peau est tendue, de couleur violacée, non douloureuse. Il y a une diminution très notable de la température et de la sensibilité. On trouve de l'albumine dans les urines. On fait des mouchetures.

L'état intellectuel est relativement assez bon. — L'amaigrissement s'accroît.

Le 5 avril, on incise la tumeur fluctuante qui existait au-dessus et en arrière de l'oreille gauche; il s'écoule du pus horriblement fétide, jaune grisâtre, visqueux, et dont la quantité peut être évaluée à un quart de verre environ. On fait un pansement phéniqué.

Dans la soirée du même jour, le malade est très abattu.

Le 6 avril, le visage est décomposé, les yeux sont excavés, la voix est faible et presque éteinte. Le malade est tombé dans une somnolence dont on le tire difficilement. Il comprend encore un peu. Il n'est pas facile, dans l'état où se trouve notre malade, de nous rendre compte s'il y a ou non hémiplegie; en tout cas, la face n'est nullement déviée. La température est peu élevée. Un peu de délire survient vers 10 heures 1/2 du matin, mais cesse bientôt. L'état de somnolence s'accroît de plus en plus dans l'après-midi, et, à 6 heures 1/4 du soir, la mort survient sans qu'il y ait eu d'agonie.

Autopsie. — L'autopsie a été pratiquée le 8 avril; elle a été faite avec le concours de M. Renaut, interne de M. Humbert, et de M. Cahen, externe du service, qui y ont apporté le plus grand soin. L'état des organes a été bien constaté par M. Mauriac, et l'examen que nous en avons fait nous a donné les résultats suivants :

Plèvres. — Rien à noter.

Poumons. — Pas de symptômes d'asphyxie. — Légère congestion à la base du poumon droit; dans le gauche, rien de particulier.

Cœur. — Symphyse cardiaque complète. — Pas d'insuffisance aortique. L'aorte est complètement athéromateuse; la valvule mitrale, elle aussi, est blanche, épaisse, dure, ainsi que les cordages tendineux et les sommets des piliers. La valvule tricuspide n'a que deux ou trois nodosités. L'artère pulmonaire n'a rien. Le cœur présente de la surcharge graisseuse, et les parois du ventricule gauche sont un peu hypertrophiées.

Reins. — Le rein gauche présente un épaissement de la substance corticale, avec disparition d'une partie des pyramides de Malpighi; il se décortique très bien et ne paraît pas hypertrophié. — Le rein droit se décortique très bien, lui aussi, mais il est plus petit qu'à l'état normal, et, à la coupe, sur la ligne médiane, on ne trouve plus qu'une ou deux pyramides, une à chaque extrémité du rein.

Foie. — Petit; à la coupe, il présente l'aspect du foie muscade.

Estomac. — Rien à noter.

Veine iliaque primitive. — La gauche ne présente rien d'anormal. La droite, au niveau de sa naissance, est complètement oblitérée par un énorme caillot fibrineux, d'une longueur d'environ 3 centimètres; la veine est lésée à ce niveau. Du même côté (à droite), on trouve dans les veines iliaque

externe et interne, fémorale et saphène interne, un caillot sanguin noirâtre, pris d'une seule pièce, et qui obturait complètement ces vaisseaux.

Le sujet est très athéromateux, et l'artère fémorale, de chaque côté, donne la sensation d'une trachée d'oiseau.

Système nerveux. — Aucune lésion. — Dans le cerveau, nous n'avons pu rien découvrir d'anormal, ni dans la substance, ni dans les noyaux, ni dans les artères; tout était en parfait état.

Voûte crânienne. — Autour de l'endroit où on avait pratiqué la trépanation, la face interne de la voûte crânienne est très profondément altérée. Toute cette région présente des signes manifestes d'ostéite syphilitique, et la nécrose s'étend de tous les côtés à la face interne des pariétaux jusqu'à une distance de 5 à 6 centimètres de l'orifice de trépanation. Certains points ont été plus attaqués que les autres, et quand on examine la calotte crânienne par transparence, on voit qu'en cinq ou six endroits l'os n'est plus représenté que par une mince lame de la table externe, le reste de la substance osseuse ayant subi un travail de mortification et de décomposition. C'est de là que venait le pus que l'on voyait au début aboutir à l'extérieur par les pertuis qui s'étaient creusés dans l'épaisseur de l'os. Les pertuis, traversant le pariétal d'une face à l'autre, se voient seulement autour de la cavité pratiquée avec le trépan. Dans aucun autre endroit, on ne peut trouver de destruction complète ayant amené perforation et communication de l'extérieur avec la surface des méninges.

Méninges. — La dure-mère est épaisse, et présente au niveau des lésions de la voûte crânienne de fausses membranes verdâtres, très adhérentes surtout autour de l'orifice.

Tels ont été les renseignements fournis par l'autopsie. De cet examen *post mortem* ressortent les conclusions suivantes :

La lésion osseuse de notre malade est bien une lésion syphilitique; le foyer purulent s'est développé uniquement entre l'os et les méninges, et il n'y a eu aucune propagation à la masse encéphalique.

La substance cérébrale, les noyaux centraux, les ventricules et les artères du cerveau ne présentant aucune lésion, les troubles intellectuels considérables constatés pendant la vie doivent être imputés, non à des phénomènes de ramollissement ou d'endartérite, mais bien à la simple compression de la portion supérieure des hémisphères par le foyer purulent. Cette opinion s'est trouvée d'ailleurs vérifiée même avant la mort du malade par ce fait que, depuis le jour où on a eu pratiqué la trépanation, et où, par suite, la collection a pu être évacuée, une amélioration sensible a été notée du côté des actes cérébraux (intelligence, mémoire, et langage).

Mais le malade se trouvant âgé, usé, arrivé au plus haut degré d'affaiblissement, de déchéance physique et intellectuelle, l'amélioration a été de courte durée et n'a pu se maintenir, son terrain d'évolution étant des plus mauvais.

Cette cachexie profonde a provoqué l'apparition de complications

graves (abcès de la région occipitale gauche, — phlébite du membre inférieur droit), et ces nouveaux accidents, se joignant à ceux qui existaient déjà, ont entraîné la mort du malade.

Pour terminer l'observation de ce cas fort intéressant, nous ferons remarquer que la syphilis qui a déterminé la lésion crânienne a été à longue évolution, et que jusqu'ici ses manifestations avaient été très bénignes, malgré l'absence complète de tout traitement spécifique. Ce fait doit donc nous mettre en garde au point de vue du pronostic des syphilis bénignes dans leurs premières manifestations; et, quoique certains auteurs croient pouvoir prétendre qu'après 20 ans la syphilis est réinoculable, nous offrons ici un bel exemple d'une syphilis qui, bénigne au début, loin de s'éteindre après une vingtaine d'années, s'est trouvée, 44 ans après le chancre initial, assez puissante pour provoquer l'apparition d'accidents de la plus haute gravité, amener la cachexie du malade et causer sa mort.

OTITE MOYENNE AIGÜE OBSERVÉE SUR UN LÉPREUX;
EXAMEN DES CAVITÉS DU NEZ, DU PHARYNX
ET DU LARYNX.

Par le Dr **WAGNIER**,

Membre de la Société française d'otologie et de laryngologie.

Au mois de décembre de l'année dernière, M. le professeur Leloir voulut bien me prier d'examiner les oreilles d'un malade de sa Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, atteint de lèpre tuberculeuse et qui éprouvait, depuis quelques jours, des douleurs auriculaires vives et de la surdité.

Le malade occupe le n° 19 de la salle Saint-Antoine. C'est un nommé Giovanni R., âgé de 25 ans, venu de San-Remo pour se confier aux soins de M. Leloir qui a essayé sur lui différents traitements après avoir exposé dans ses cliniques les résultats de ses recherches sur ce malade. Celles-ci seront d'ailleurs publiées en temps opportun.

Cette lèpre tuberculeuse a débuté il y a trois ans et demi. Elle occupe actuellement toutes les régions du corps. Pour ne parler que de la face, elle présente un aspect léonin bien caractérisé, le front porte des tubercules gros comme des haricots, il y en a sur les paupières; le nez, un peu aplati, en présente un grand nombre, il y en a également des groupes nombreux à la lèvre supérieure et au menton. Les pavillons des oreilles sont un peu infiltrés, roides, mais ne présentent pas de saillies tuberculeuses.

À droite, le conduit auditif est obstrué par un amas de croûtes assez dures, jaunâtres, très adhérentes. Après les avoir enlevées, on trouve, tapissant le conduit, des lamelles blanchâtres reposant sur une base inégale; la surface tympanique est rouge pâle, elle n'est visible que dans une faible étendue, le reste de la membrane porte le même revêtement que les parois du conduit auditif.

L'acuité auditive est considérablement diminuée; la voix parlée est entendue à un mètre de distance. La perception osseuse, examinée à l'aide du diapason, est reconnue exagérée.

Le malade éprouve d'assez vives douleurs et des bourdonnements; toutefois, ces symptômes paraissent avoir diminué d'intensité, ce qui me fait penser que l'otite moyenne restera simple et n'arrivera pas à la purulence.

Les divers procédés indirects d'aération de la caisse étant restés sans résul-

tat, je pratiquai le cathétérisme. L'introduction de la sonde fut assez facile, non douloureuse. Je pus toutefois constater l'épaississement et la rigidité du voile du palais. Dès que l'air eut pénétré dans la caisse du tympan, le malade éprouva une sensation de mieux être et l'audition s'améliora immédiatement. D'ailleurs, pas de changement appréciable dans l'aspect de la membrane, imparfaitement visible, comme je l'ai dit.

Le malade se plaignait aussi de l'oreille gauche, mais il ajoutait qu'il en avait souffert bien davantage les jours précédents, que l'oreille avait coulé, et que, depuis le moment où l'écoulement s'était produit, il n'éprouvait plus qu'une sensation de plénitude de l'oreille et de la surdité. Ce dernier symptôme était moins prononcé que du côté droit.

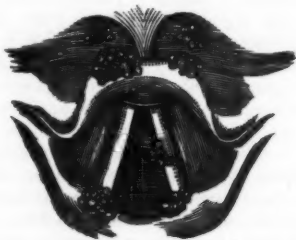
Un écoulement purulent peu abondant se faisait par le conduit auditif, et on distinguait aisément le pus de la masse des concrétions jaunâtres qui remplissaient le conduit. La membrane du tympan était recouverte de ces masses et des injections répétées ne les enlevèrent qu'incomplètement. Par le cathétérisme, je constatai un bruit de perforation accompagné de l'expulsion de la caisse vers le conduit d'une quantité de pus appréciable.

Des deux côtés, la guérison se fit rapidement; à droite, je répétai le cathétérisme deux ou trois fois les jours suivants; la guérison était complète dix ou douze jours après. Du côté gauche, la suppuration cessa rapidement en même temps que les autres symptômes, des injections désinfectantes constituèrent tout le traitement.

Plusieurs semaines après, je retrouvai les conduits des deux côtés recouverts du même enduit, croûteux à la surface et lamelleux dans sa partie adhérente, reposant sur une base inégale et que je considère comme résultant de la présence de léprome dans le conduit.

Je constatai, cette fois, d'une façon plus complète, l'état des premières voies respiratoires et voici ce que je remarquai :

La langue est saine depuis son extrémité jusqu'au voisinage de l'épiglotte; à cet endroit, elle présente des deux côtés quelques tubercules légèrement saillants d'un blanc grisâtre. (*Voir la figure.*)



Le voile du palais présente des tubercules conglomérés, formant des plaques inégales de couleur blanc sale, d'aspect diphthéroïde, la luette en est complètement envahie, elle a une forme élargie et aplatie; les piliers paraissent sains, les amygdales présentent quelques tubercules isolés.

Le larynx dans son ensemble est pâle, les mouvements de respiration et ceux nécessaires à la phonation s'exécutent normalement, cependant il semble que les tissus ont perdu leur élasticité, que le léprome les infiltre; la raucité de la voix tient en partie, sans doute, à cet état général de l'organe.

Le bord libre de l'épiglotte porte deux tubercules étendus suivant sa longueur et presque symétriquement placés.

Les cordes vocales sont opalines, épaissies, leur bord est un peu arrondi ; sur la corde vocale gauche, à la réunion de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs, on remarque un petit tubercule qui fait sur le bord de la corde une saillie qui, dans la phonation, se place dans la fente glottique et augmente considérablement le caractère rauque et sourd de la voix.

La cavité naso-pharyngienne est pâle, les tissus sont infiltrés, cependant le pavillon de trompe paraît bien ouvert, un groupe de petits tubercules se voit sur le bord postérieur de la cloison. A l'orifice postérieur des fosses nasales, on voit des croûtes jaunâtres.

Ces croûtes obstruent toute la cavité nasale, on les retrouve en examinant l'extrémité antérieure, elles sont épaisses, adhérentes, sans odeur appréciable. Après leur expulsion à la suite de lavages répétés, la muqueuse paraît excoriée, sanguinolente, les cornets paraissent amincis, et, à ce point de vue, comme à celui de la sécrétion croûteuse adhérente, l'état de la cavité n'est pas sans analogie avec ce que l'on remarque dans la rhinite atrophique. Le malade accuse de la sensibilité au contact des différentes parties de la muqueuse avec le stylet ; la cloison n'est pas perforée.

Les examens des cavités du nez et du larynx sont rarement indiqués dans les observations de lèpre qui ont été publiées et c'est à ce point de vue, je pense, que l'exposé de ce que j'ai vu pourra offrir quelque intérêt. On pourra rapprocher mon observation de celle qui a été donnée par M. Ruault d'un malade du service de M. Cornil (*Archives de laryngologie et de rhinologie*, décembre 1887). D'autre part, la marche de l'otite moyenne aiguë qui m'a amené près du malade est à noter en ce que, malgré l'état général et local d'infection lépreuse, elle ne s'est pas écartée de ce qu'on observe d'ordinaire et s'est guérie aussi complètement que possible. Ce fait vient à l'appui de ce que M. Leloir a observé sur la façon rapide avec laquelle se cicatrisent les lésions d'origine traumatique ou inflammatoire chez les lépreux, ainsi qu'il l'a montré dans son traité de la lèpre.

UN CAS DE CHANCRES MULTIPLES DU PALAIS,

Par le Dr **OEHANN-DUMESNIL**,
de Saint-Louis (Etats-Unis).

Les chancres extragénitaux possèdent toujours un intérêt plus que passager. Ils sont intéressants non seulement en raison de leur siège, mais aussi au point de vue étiologique. Le chancre du palais est une orme comparativement rare, et le nombre de cas observé est très petit. Ces points seront pris en considération après le court exposé d'un cas qui s'est présenté à mon observation.

OBSERVATION. — H.-W. G..., gardien, âgé de 54 ans et veuf, me consulta le 23 septembre 1887. En réponse à mes questions, il affirma qu'il avait toujours joui d'une bonne santé et que ses parents étaient sains. Le 1^{er} septembre, il s'aperçut qu'il avait au palais des ulcères, qui persistaient tout en ne l'incommodant guère. Il ne se rappelait pas comment ils lui étaient parvenus; cependant il se souvenait qu'il avait l'habitude de fumer une pipe et que plusieurs jeunes gens qui le fréquentaient fumaient souvent la même pipe. A peu près quatre ou cinq semaines avant l'apparition des ulcères, il s'était gratté ou écorché la muqueuse du palais avec l'embouchure de sa pipe.

Un examen fait de la partie malade révéla deux chancres au palais du côté droit. Le chancre antérieur était presque de la grandeur d'une pièce de un franc, ayant les bords saillants et indurés, de forme ronde et couvert d'une sécrétion muco-purulente. Les bords du chancre se trouvaient à une distance de 3 millimètres des gencives. L'autre chancre qui était aussi d'une forme ronde, et à peu près de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, était placé à l'arrière du grand, une distance de 3 millimètres séparant les deux. Il avait aussi les bords saillants et était couvert de la même sécrétion que l'autre. Les ulcères étaient tous deux superficiels et émettaient une odeur infecte. Cet odeur était sans doute produite, en partie, par les gencives qui, comme les dents, étaient en très mauvaise condition.

En examinant le corps, j'aperçus une éruption très marquée siégeant sur la poitrine — la roséole syphilitique.

L'induration ganglionnaire n'existait qu'au niveau de la région sous-maxillaire. Les deux côtés étaient pris, mais surtout le côté droit. Un ganglion suspect se trouvait au-dessous et derrière l'oreille droite, mais l'induration n'était pas assez marquée pour être définitive. N'ayant plus aucun doute sur

la nature de la maladie, j'ordonnai 0,005 de bichlorure de mercure en pilule, à prendre trois fois par jour.

Le 18 novembre, le patient souffrait de céphalalgie frontale et de fièvre. Une syphilide squameuse très marquée s'était présentée sur le tronc et les extrémités. En vue de cela, il fut mis à une dose de 0,0075 de bichlorure de mercure administrée quatre fois par jour, et bientôt il allait mieux. Il lui fut ordonné, en même temps, de se laver et brosser les dents soigneusement après chaque repas. En dépit de cela, il se plaignit quelque temps après que les dents lui faisaient mal. Ses gencives étaient molles et tendres, et il fallut cesser d'administrer du mercure. Son médecin, après une interruption d'un certain temps, reprit le même traitement et le malade n'a plus souffert de son mal et n'a plus offert de signes de la maladie.

Réflexions. — Tel est en peu de mots le récit du cas. L'observation a été très brièvement esquissée pour appeler l'attention sur deux points intéressants, savoir : la rareté du chancre du palais, et la manière dont le malade a contracté ces lésions dans le cas décrit.

Cependant, avant de prendre en considération aucun des deux points, je dois dire que le malade a été soumis à un examen rigoureux afin de déterminer la présence d'un autre chancre sur une partie quelconque de son corps. Une recherche sérieuse n'a révélé ni la présence ni les traces d'un chancre et les lésions du palais paraissaient tellement typiques et étaient accompagnées de symptômes si concluants qu'aucun doute raisonnable sur leur nature ne pouvait exister.

La plupart des auteurs modernes passent sous silence cette localisation insolite du chancre syphilitique. La première mention d'un chancre du palais que je trouve est dans Astruc (1). Sa rareté est amplement prouvée par les statistiques.

Robert rapporte (2) que, pendant son internat à l'hôpital du Midi, il a vu 188 cas de chancres extragénitaux, et qu'un examen des détails a démontré que pas un cas n'avait son siège au palais. Jullien a publié un tableau cité par Fox (3), dans lequel il rapporte 1,977 chancres, dont 136 étaient extragénitaux et 2 du palais. Un autre rapport cité par Bumstead et Taylor (4) est de l'hôpital du Midi. Sur 471 cas de chancres extragénitaux, observés dans le service des hommes, pas un n'était du palais; les mêmes conditions se trouvaient sur 130 cas observés dans le service des femmes à l'Antiquaille de Lyon; 23 cas de chancres extragénitaux sont donnés par Peterson (5), mais pas un n'est semblable à

(1) ASTRUC. *Traité des maladies vénériennes*, vol. I (Traduction française).

(2) *Nouveau Traité des maladies vénériennes*, par M. ROBERT.

(3) *Photographic illustrations of cutaneous syphilis*. S. M. FOX, 1881.

(4) *The pathology treatment of venereal diseases*. BUMSTEAD and TAYLOR 1883.

(5) *Vratsch*, 1886, n° 23-24.

celui que nous rapportons. M. Nivet (1) a relevé la statistique de 595 cas de chancres extragénitaux, et de ce nombre 3 existaient sur le palais dans trois cas, c'est-à-dire, chacun de ces trois malades avait un chancre au palais. A. Morel-Lavallée (2) a vu dans la clinique de Fournier, du 1^{er} février 1887 au 1^{er} février 1888, 48 chancres extragénitaux sur 45 malades. Dans tous ces cas, il n'y en avait pas un où le palais fût impliqué. Joint à cela, un grand nombre de cas isolés de chancre extragénitaux, autre que du palais, sont rapportés, et une estimation approximative donnerait à peu près 5 cas sur 3,000. Il va sans dire que je ne prétends pas donner un rapport complet d'aucune façon; mais, quand nous considérons la fréquence relative du chancre génital avec le chancre extragénital et la proportion entre ce dernier et le chancre du palais, la rareté de celui-ci devient apparente.

Un mot maintenant sur la manière dont les lésions primitives se sont produites. Les réponses du malade concernant la déchirure du palais causée par la pipe n'ont pas été la suite de questions faites d'aucune façon, tandis que celles concernant l'usage de la pipe par d'autres ont été le résultat d'un interrogatoire. La conduite entière du malade et son apparence générale, aussi bien que sa réputation d'honnêteté sont telles, que tout soupçon qui pourrait apparaître sur des habitudes vicieuses ne peut pas être entretenu.

Le fait aussi qu'il n'avait pas le moindre soupçon du mal dont il souffrait contribue à cette conclusion. Il ne peut y avoir là aucun doute sur la manière de l'inoculation mentionnée. Il y a dans ce cas une forte possibilité, au moins aussi forte que dans les cas de chancre de la lèvre produits par le cigare (lesquels cas ont été admis sans que le moindre doute ait été élevé) sur la manière dont l'inoculation s'est faite. De plus, le malade n'a vu aucun dentiste et aucun instrument quelconque n'a été employé dans sa cavité buccale. Somme toute, je pense donc que je suis dans le vrai, en admettant que l'inoculation s'est produite de la manière ci-dessus spécifiée.

(1) De la fréquence relative des différentes variétés de chancres syphilitiques extragénitaux (*Thèse de Paris*, 1887.)

(2) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1888.

REVUE GÉNÉRALE.

PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS,

Par M. BARTHÉLEMY.

Ancien chef de clinique de la Faculté.

« En hygiène publique, les intérêts de tous priment les intérêts de chacun, et c'est justice. »

(MARTINEAU.)

Il n'est pas d'actualité plus intéressante que la lutte qui, depuis une dizaine d'années, se livre autour des questions se rattachant à la santé publique. Malgré les grands efforts réalisés, il est impossible encore de dire de quel côté sera le triomphe définitif : le moment n'est donc pas venu de quitter la lice. Sont en présence, d'une part, les *philosophes*, d'autre part, les *médecins* : en d'autres termes, les partisans de la prostitution libre — on pourrait dire de la *contamination libre* — et, d'autre part, ceux de la sauvegarde de la santé publique. On voit que les intérêts qui sont en cause sont de premier ordre ; toutefois, il est certain qu'avant d'exister sous une forme d'institution plutôt que sous une autre, il faut d'abord exister, *primo vivere*.

Les philosophes n'admettent aucune transaction ; ils se montrent intraitables sur ce point que le domaine de la liberté individuelle doit être à jamais respecté jusque dans ses plus extrêmes limites ; entraînés par l'ardeur de leurs convictions, et peut-être aussi par l'acharnement de la lutte, ils n'hésitent pas à sacrifier l'intérêt général. Leur principale critique porte sur les abus policiers, sur la suppression desquels tout le monde est d'accord. Une autre, erronée d'ailleurs, consiste à soutenir que la syphilis, voire les maladies vénériennes sont relativement plus fréquentes parmi les filles inscrites que chez les insoumises, et que les premières sont plus dangereuses parce qu'elles ont plus de rapports, et, par conséquent, plus d'occasions de contamination. Les statistiques invoquées ne prouvent qu'une chose, c'est que les prostituées libres se dérobent dans une proportion effrayante aux examens médicaux auxquels ne peuvent se soustraire les autres. L'observation journalière démontre, au contraire, que l'immense majorité des malades hommes a été victime de la prostitution non surveillée.

Au point de vue spéculatif, les arguments des philosophes sont sans doute de plus grande valeur ; mais les personnes les plus impartiales sont contraintes de reconnaître que tous, publicistes, économistes, moralistes, ne se placent qu'au point de vue théorique, et que, par conséquent, ils ne jugent la question que par son moindre côté. Il en résulte que les conséquences pratiques et lointaines leur échappent forcément ; le contraire eût seul été

surprenant, puisque, par le fait même de leurs préoccupations extra-médicales, ces écrivains manquent des éléments nécessaires pour apprécier le fond même du sujet en litige; pratiquement, il leur est impossible d'être compétents. Les idéologues connaissent mal la syphilis puisqu'ils ne lui font pas l'honneur de la considérer comme un ennemi dangereux. Combien leur jugement serait différent, nous en sommes bien convaincu, s'ils contractaient à leur tour cette syphilis qu'ils décerènt si légèrement pour les autres! Nous parlons ici, bien entendu, de la vraie vérole et non de ces lésions purement locales qu'un certain parti affecte de confondre avec la syphilis. Que ne souffrent-ils de cette *vérole philosophique*, non seulement dans leur entourage, mais encore dans leur descendance! Combien vite alors les verrait-on se rallier à des doctrines plus prévoyantes et plus préservatrices! L'observation prouve que personne ne peut dire: « Je serai toujours garanti de la vérole parce que je suis très vertueux. » Et ceci *s'applique à toutes les familles, sans exception*. Sous prétexte de liberté, qu'on n'arrive donc point à la licence et qu'on ne compromette point la vie ou même la santé, sans laquelle rien n'est possible. Pour le triomphe d'un principe, a-t-on le droit de sacrifier l'humanité?

Il est tout naturel que les médecins placent la santé au premier rang et qu'ils se montrent plus soucieux de ce qui fait l'objet de leurs études. Frappés de tant de misères et de désastres, ils ne peuvent, si libérales que soient leurs aspirations, laisser se répandre librement un tel mal et ils ont pour objectif et pour devoir de tenter de le réduire au minimum des cas inévitables. Agir autrement serait trahir leur mission; plus ils rencontreront de difficultés sur leur chemin, plus ils auront un grand mérite, quand, plus tard, grâce à leurs efforts, la cause de la raison, de la vérité et de la santé publique aura fini par triompher. On ne s'expliquerait pas autrement l'accord général, quoique non prémédité, des médecins de tous les pays civilisés. N'est-il pas vraiment remarquable que la prophylaxie publique de la syphilis soit devenue, sans entente préalable, la préoccupation des pays les plus divers, les plus éloignés et les plus séparés à tous autres points de vue? Et pourtant rien n'est plus exact; il s'agit bien ici d'une *question internationale, sociale*. C'est une de celles auxquelles peuvent le mieux s'adresser les paroles avec lesquelles s'ouvrit le Congrès international d'hygiène, à Vienne, le 26 septembre 1887: « L'homme est le plus précieux capital des États et des sociétés. La vie de chaque individu représente une certaine valeur. La santé est devenue une question d'économie politique. Faire durer la vie, la conserver aussi intacte que possible jusqu'à la limite qu'on ne saurait reculer, voilà la tâche de toutes les sociétés. L'individu isolé, quelque considérables que soient les moyens dont il dispose pour se préserver de la maladie, est impuissant contre les influences nuisibles dont nous sommes tous entourés. Il faut, sur ce point, une action commune. »

Or, cette action commune commence à s'élever. Jusqu'ici, inconsciente, inégalement répartie, nous proposons de la régulariser, de la définir, l'année prochaine, au Congrès international de Syphiligraphie. C'est bien là une question internationale, puisque, hélas! il n'est pas de nation qui ne soit directement intéressée à voir la syphilis, sinon abolie (si ce résultat n'est déjà plus possible à obtenir), du moins enrayée, troublée dans sa propagation.

Un certain nombre d'États sont encore, quoiqu'on en ait dit, régis par des lois protectrices. Il n'est pas douteux que des améliorations considérables

doivent être réalisées dans ces régimes sanitaires. Il est encore moins douteux que la société doit être protégée contre les ravages grandissants du fléau.

Elle a le droit de se préserver contre la prostitution, comme elle le fait contre les industries insalubres. Tout être a droit à l'existence, donc il a le droit de se protéger, lui et les siens, contre la syphilis.

Ce principe est affirmé de tous côtés, ainsi que le prouve la revue suivante.

Belgique. — Rappelons-nous que l'Académie de médecine de Belgique, de ce pays qui a su déjà prendre l'initiative de tant de sages prescriptions concernant la santé publique, a voté, le 29 octobre 1887, des conclusions qui assurent et organisent mieux encore la surveillance médicale des prostituées. C'est dans cette discussion que le professeur Thiry s'éleva avec tant de vigueur contre les partisans de la prostitution libre et de la contamination illimitée et s'écria : « N'est-ce pas sous l'influence d'une aberration singulière que des écrivains ont taxé d'immoralité les administrations qui, garantissant à la fois la morale et la santé publiques, ne faisaient en somme que remplir des devoirs impérieux et rendre les plus précieux services. En France, où l'expérience du passé aurait dû éclairer les esprits, nous voyons actuellement le conseil municipal de Paris essayer de renverser tous les règlements bien imparfaits qui, jusqu'à ce jour, avaient plus ou moins protégé la santé publique contre les débordements d'une prostitution que nous osons qualifier d'effrénée. L'avenir apprendra à l'humanité ce qu'il en coûte de céder à ces innovations qui ne tiennent compte ni du bon sens, ni des leçons de l'expérience et à se laisser entraîner par des excès de sentimentalisme qui conduisent fatalement à des excès d'imprévoyance. » A ces délibérations qui furent des plus intéressantes et des plus vives, prirent part des hommes comme Crocq, Depaire, Masoin, Warlomont, Barella, Janssens, etc. Tous ces orateurs proclamèrent que la prostitution n'est pas un délit, mais qu'elle constitue et cause des maladies terribles qui s'y attachent et propagent un péril social dont la sauvegarde doit primer la liberté individuelle et nécessiter, de la part des autorités, des mesures efficaces de surveillance. La sanction fut formulée par le vote suivant adopté à l'unanimité :

1) L'Académie royale de Belgique estime que la réglementation de la prostitution est nécessaire pour restreindre le développement des maladies vénériennes et syphilitiques.

2) La prostitution, qui s'affiche dans les rues, les promenades et les lieux publics étant la cause la plus puissante de la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques, doit être interdite. (Unanimité et 2 abstentions.)

3) Les personnes qui seront convaincues de se livrer habituellement à la prostitution, seront inscrites et soumises aux visites sanitaires. (Unanimité et 6 abstentions.)

4) Les inscriptions et les visites ne seront autorisées que sous la sauvegarde des garanties qui doivent, dans toutes circonstances et partout, protéger l'honneur et la dignité des personnes. (Unanimité et 6 abstentions.)

5) Se plaçant exclusivement au point de vue de la santé publique, l'Académie déclare que des visites sanitaires fréquentes et convenablement appliquées, constituent le moyen le plus efficace pour arrêter la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques. (Unanimité et 3 abstentions.)

Ces conclusions seront adressées aux ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

Allemagne. — On sait avec quelle sévérité est réglementée la prostitution en Allemagne. A Wiesbaden, une des villes de plaisir les plus fréquentées de ce pays, la prostitution est impossible à apercevoir dans les rues et sur les places publiques; et nous croyons que la vente de boissons est interdite dans les maisons tolérées. On ne trouve rien à Berlin de ce qui se passe à Londres « où le nombre des prostituées de 14, 15 et 16 ans se livrant publiquement au raccolage, dès 3 heures de l'après-midi, est considérable. Et, chose triste à dire, c'est que le dévergondage se passe sous les yeux de la police qui doit se croiser les bras. Voilà où conduit l'absence de réglementation et de toutes visites sanitaires : Immoralité et syphilis, tel est le bilan de la liberté de la prostitution. » (Thiry.)

Italie. — Voici quelques extraits de rapport de la Commission italienne pour l'étude des questions relatives à la prostitution. Voyez l'article 14 du règlement dans ses rapports avec l'hygiène publique.

« La visite préventive et obligatoire des femmes exerçant la prostitution et la visite forcée sont les principes fondamentaux du règlement.

La préoccupation de la santé publique est la justification de ces principes. Quoi qu'il arrive, et alors même qu'il faut parfois lésér des principes moraux et juridiques, *le salut public est la loi suprême*. Il faut prendre des mesures contre la propagation des maladies qui affaiblissent la jeunesse et frappent la progéniture jusque dans le sein de la mère. »

On ne peut pas mieux penser. Cette approbation ne s'étend nullement au régime actuellement existant en France, et nous avons été des premiers à nous indigner contre les abus et les erreurs qui ont été commis. Nous nous plaçons donc actuellement au point de vue du principe.

Finlande. — En Finlande, la police a le droit d'étendre à son gré les visites médicales à des personnes de l'un et l'autre sexe et d'une condition quelconque. Il est évident que ces mesures ne sont pas compatibles avec les idées que nous professons aujourd'hui en France. Nous ne citons le fait que parce qu'il consacre, même à l'extrême, le principe de la réglementation, dans les petits pays comme dans les plus grands.

En *Russie*, comme dans tous les autres pays, les gens bien renseignés s'alarment de la progression croissante de la syphilis. Les nombreuses données statistiques, patiemment rassemblées par les médecins cantonaux et communaux, attestent d'une manière formelle que la syphilis est annuellement plus répandue et qu'elle y devient très redoutable parce qu'elle est fort insuffisamment traitée. Les cas de syphilis extragénitale y sont très fréquents. Au congrès de Biogan, Schreider en a réuni 2,045 cas. Worouège signale, de son côté, 664 cas de syphilis congénitale.

Les médecins russes insistent sur ce fait, qu'il suffit qu'un des membres de la famille soit atteint de syphilis pour que tous les autres, dans un espace de temps plus ou moins court, contractent la maladie (cas de Woukoloff, etc.) Tous, ils appellent de tous leurs vœux l'organisation de mesures sanitaires et préservatrices, notamment le professeur Stoukwenkoff, de Kiew, qui s'est fait, pour ainsi dire, l'apôtre de cette cause, dès 1882, à la Société pour la protection de la santé publique. Les visites sanitaires, et, par conséquent les inscriptions, sont déclarées indispensables, mais il faut que cela ait lieu, non seulement dans quelques grandes villes, mais dans tous les districts. Déjà les nourrices sont examinées officiellement avec le plus grand soin au point de

vue de la syphilis. Dans toute agglomération d'ouvriers ou centre de fabrique, les ouvriers sont soumis à un examen médical périodique obligatoire (Dr Tchistiakoff). Dans l'état de nos mœurs, il est impossible de décréter de pareilles prescriptions; mais ne pourrait-on pas au moins, comme le propose Stoukownikoff, populariser la crainte de la syphilis au moyen de conférences qui feraient connaître la gravité du mal, ses conséquences, les moyens de s'y soustraire et de se traiter et qui couperaient court à l'indifférence et à l'ignorance qui sont les meilleurs alliés du mal.

En *Danemark*, comme en *Allemagne*, la prostitution est surveillée de très près; et les statistiques publiées sur les maladies dans l'armée peuvent servir de base d'évaluation générale et prouvent qu'il en est de la syphilis comme de la rage, et qu'en attendant des vaccins et des méthodes d'atténuation, la santé publique se trouve très bien de la réglementation.

Les *États-Unis* eux-mêmes commencent à réagir contre la prostitution clandestine. On s'y rend bien compte que la propagation des maladies syphilitiques a toujours été en rapport avec le degré de surveillance exercée sur la prostitution. Il faut lire le rapport que fit, dès 1884, sur la propagation des maladies vénériennes, le Dr Gihon, directeur médical de la marine des États-Unis, à l'Association américaine pour la santé publique. Ce médecin insiste sur le grave préjudice que causent ces maladies au gouvernement en empêchant les marins de faire leur service, en imposant des dépenses pour les soins et pour le traitement des victimes; il prouve qu'il serait plus économique et plus humain d'affecter certaines sommes à l'organisation de mesures de prévoyance, de prévenir que de guérir le mal. Un homme sur dix, depuis 1873, a été rendu incapable de faire son service dans la marine et dans l'armée des États-Unis, par le fait des maladies vénériennes; un sur sept dans les troupes nègres, le quart étant atteint de syphilis.

Dans la vie civile, des estimations basées sur les données des établissements de bienfaisance fournissent la proportion alarmante d'un syphilitique sur cinq malades.

Le Dr White, à Philadelphie, estime que, dans cette ville, il n'y a pas moins de 50,000 personnes affectée à la fois de syphilis. A New-York, sur 942,292 habitants, il y avait, en 1873, 50,450 syphilitiques, soit 5 0/0.

« Le malheur est que les médecins seuls peuvent se rendre compte de l'effroyable façon dont est sapée la force vitale d'une nation où la jeunesse est aussi généralement infectée. Ni sophisme banal, ni platitudes d'apparat ne peuvent excuser l'indifférence des pouvoirs publics ou seulement des hommes instruits en face d'un si grand mal. »

Avec quelle raison, Gihon se joint au Dr Morris, de Baltimore, pour démontrer qu'une personne négligeant pour elle-même les soins indispensables ne seulement n'a pas le droit, mais est coupable, de compromettre la santé d'autrui et pour demander que l'Association américaine pour la santé publique vote les conclusions suivantes :

Recommander instamment aux comités sanitaires municipaux et à ceux de l'État d'insister auprès des corps législatifs de ce pays pour obtenir une loi constituant un délit criminel de la propagation volontaire, faite sciemment, en connaissance de cause, par quelque moyen, direct ou indirect, que ce soit d'une maladie contagieuse, telle que la petite vérole, la scarlatine, etc., et d'y adjoindre tout spécialement les maladies vénériennes et surtout la syphilis, en donnant auxdits comités sanitaires de l'État les mêmes pouvoirs pour prévenir, découvrir, contrôler, supprimer et traiter gratuitement les

maladies vénériennes, que ceux qu'ils ont pour toutes les autres maladies contagieuses.

On le voit, ce sont partout les mêmes plaintes, les mêmes conclusions et en effet Gibon termine en disant : « Pendant que prêche le moraliste, l'agent sanitaire doit opérer. »

A Hong-Kong et au Japon, des mesures ont dû aussi être prises et, par le fait de la surveillance médicale des prostituées, la proportion des victimes est tombée de 425 pour 1,000 à 112 pour 1,000.

En Abyssinie, où naturellement il n'y a aucune réglementation, les médecins européens constatent que sur 400 malades il y en a 90 de syphilitiques (Blanc).

En revenant dans des pays plus civilisés, nous voyons qu'à Malte il y a 47 syphilitiques pour 1,000 hommes de troupe et qu'à Gibraltar il y a 206 malades vénériens sur 1,000 soldats.

A Paris, comment serait-il possible de connaître le nombre exact de syphilitiques. Des chiffres ont été donnés par Mauriac, par Després, par Martineau (pour ne parler que des médecins), mais tous ces chiffres ne sont évidemment qu'approximatifs; il ne peut en être autrement à l'étranger et il est certain que les chiffres précédents n'ont pas de base certaine. Toutefois, dans les armées, il y a de bonnes raisons pour que l'on puisse être mieux renseigné. Or, voici ce que Laveran nous apprend sur la question qui nous occupe. En 1871, dans les armées des diverses nations, il y avait :

En France (1).....	91 syphilitiques pour 1,000 hommes.
En Algérie.....	137 — — — —
En Angleterre.....	329 — — — —
En Hollande.....	105 — — — —
En Autriche.....	63 — — — —
En Prusse.....	54 — — — —
En Russie, presque	30 0/0.

Stoukovenkoff prenant ce chiffre pour base estime que dans toute la Russie il y a plus de cinq millions de syphilitiques. Il s'appuie sur ces résultats pour proposer de faire de la syphilis une QUESTION D'ÉTAT.

Angleterre. — On a beaucoup parlé et même écrit, dans ces derniers temps, sur les fameux *Acts for the better prevention of contagious diseases* ou plus abrégativement *The contagious diseases acts* qui ont été promulgués en 1866, perfectionnés en 1869. En 1860, il y avait 369 cas de maladies vénériennes, dont 183 syphilitiques pour 1,000 hommes de l'armée anglaise. En 1878, il n'y en avait plus que 133 pour 1,000 dont 61 syphilitiques, mais seulement dans les stations protégées par les décrets. Or, c'était précisément dans ces stations maritimes que les maladies vénériennes sévissaient auparavant avec le plus d'intensité. Voilà les faits en quelques mots. Mais, comme des erreurs ont été écrites, récemment encore, en France, en diverses publications et sur plusieurs points, concernant ces Acts, nous avons cru bien faire en faisant revenir d'Angleterre le texte même desdits Acts. Nous profitons de cette nouvelle occasion de remercier M. l'amiral Maxsé de sa bienveillance dans cette circonstance.

(1) Manuscrit de Vannes (*Hist. et stat. des mal. vén.*, Vannes, 1885) indique 19.542 0/0 comme le chiffre des syphilitiques de la marine depuis 1882.

Nous donnerons, dans les pages qui vont suivre, non pas une traduction de ce texte — ce qui serait beaucoup trop long — mais un extrait, aussi complet et à la fois aussi succinct que possible, des principales dispositions se rapportant particulièrement à notre sujet, contenues dans ces Acts. Nous en garantissons l'exactitude et nous tenons le texte complet à la disposition de qui voudra.

Préliminaires.

Les Acts entrèrent en vigueur le 30 septembre 1866, dans les localités désignées spécialement. Les dépenses occasionnées par eux furent payées par l'amirauté et par le secrétariat d'Etat pour la guerre, au moyen de sommes votées à cet effet par le Parlement. Ce furent ces autorités qui nommèrent les médecins inspecteurs aux fins de ces Acts. Les médecins furent, les uns titulaires, les autres adjoints. Leur nomination parut à la *Gazette officielle* de Londres et de Dublin. Certains hôpitaux furent spécialement désignés, les autorités supérieures se réservant le droit de changer ces désignations.

Les droits des médecins et les destinations des hôpitaux sont énumérés. On voulait que, pendant le traitement, il fût pourvu à l'instruction morale et religieuse des détenus pour maladie contagieuse. L'organisation des hôpitaux désignés, leur réglementation, statuts, etc., sont détaillés dans les 14 premiers articles.

Art. 15. Quand une déclaration, sous la foi du serment, est déposée devant un juge par un inspecteur de police, établissant que le déclarant a de bonnes raisons de croire que la femme y nommée est une prostituée commune et qu'elle réside dans une localité du ressort de cet acte, ou bien que, résidant à 5 mille des limites, elle a franchi ces limites dans les 14 jours avant le dépôt de la déclaration à des fins de prostitution, le magistrat peut, s'il le juge convenable, en adresser notification à ladite femme, notification que l'inspecteur de police sera chargé de lui faire remettre.

Art. 16. La femme à laquelle est adressée une telle notification devra comparaître en personne ou se faire représenter au temps et au lieu indiqués dans la notification. Si elle ne comparait pas ainsi et qu'il soit établi (par serment) aux yeux du juge que la notification a été envoyée en temps raisonnable avant le temps fixé par la comparution, le juge, après avoir reçu le serment qui le convainc de la vérité de la déclaration, peut ordonner, s'il le juge à propos, que la femme soit soumise à la visite périodique du chirurgien inspecteur pour une période ne dépassant pas un an, à l'effet de constater si, à l'époque de chacune de ces visites, elle est affectée d'une maladie contagieuse, et, après cela, elle sera soumise à la visite médicale périodique, et l'ordre sera un mandat suffisant pour le chirurgien inspecteur de procéder en conséquence à la visite.

L'ordre spécifiera le temps et le local où la femme devra se présenter à la visite pour la première fois.

L'inspecteur de police sera chargé de faire remettre à la femme copie de cet ordre.

Art. 17. Toute femme, dans une localité du ressort de cet acte, peut se soumettre spontanément à la visite médicale périodique, en vertu de cet Act, pour une période ne dépassant pas un an, moyennant une soumission par écrit signée en présence de l'inspecteur de police et attestée par lui.

Art. 18. Les règlements concernant le temps et le lieu des visites médi-

cales dans chaque localité, concernant l'arrangement général et l'ordre de ces visites seront dressés par l'administration supérieure, d'accord avec les médecins, et un exemplaire de ces règlements en vigueur dans chaque localité sera envoyé — et surtout lors de chaque modification — au greffier de la justice de paix, au greffier de la mairie, au chirurgien inspecteur et au commissaire de police.

Art. 19. Le chirurgien inspecteur, pour ce qui est des règlements ci-dessus et des circonstances particulières à quelques cas, prescrira à la première visite de chaque femme qu'il aura examinée et plus tard, de temps en temps, selon qu'il en sera besoin, indiquera les temps et les lieux où elle devra se présenter de nouveau à la visite; et, de temps en temps, il donnera ou fera donner à chacune de ces femmes avis des temps et locaux prescrits.

Art. 20. Si, après quelqu'une de ces visites, la femme examinée est trouvée affectée d'une maladie contagieuse, elle pourra être détenue dans un hôpital désigné conformément aux prescriptions du présent Act et le chirurgien inspecteur signera un certificat attestant qu'elle est affectée d'une maladie contagieuse, nommant l'hôpital désigné où elle devra entrer; et il signera ce certificat en triple exemplaire pour être envoyé l'un à la femme, l'autre aux archives de l'hôpital, le troisième à la souche de la police.

Art. 21. Toute femme désignée dans un certificat de ce genre par le chirurgien inspecteur peut, si elle le juge à propos, se rendre à l'hôpital désigné et s'y soumettre au traitement médical; mais, si, après que ce certificat lui a été remis, elle néglige ou refuse de s'y soumettre, le commissaire de police ou un agent délégué par lui et agissant sous sa responsabilité, l'appréhendera et la transportera avec le plus de douceur, mais avec le plus de diligence possible, à cet hôpital, où elle recevra le traitement médical approprié, le certificat du chirurgien inspecteur étant pour lui une autorisation suffisante pour faire ce qui précède.

Le fait seul de recevoir une femme dans un hôpital désigné sera considéré comme un engagement pris par les directeurs ou personnes ayant la direction ou le contrôle de l'établissement, de pourvoir aux soins et au traitement à lui donner, à son logement, à ses vêtements et à sa nourriture pendant sa détention à l'hôpital.

Art. 22. Ladite femme sera détenue dans cet hôpital par le médecin en chef jusqu'à ce qu'elle soit élargie par un écrit signé de sa main.

Art. 23. Règle des conditions dans lesquelles une malade pourra être transférée d'un hôpital dans un autre.

Art. 24. Il est toujours stipulé qu'une femme ne sera pas détenue plus de 3 mois en vertu du même certificat, à moins que le médecin en chef de l'hôpital où elle est détenue et l'inspecteur des hôpitaux certifiés ou le chirurgien inspecteur de l'endroit d'où elle est venue ou a été amenée, ne certifient conjointement qu'il est nécessaire de la détenir plus longtemps pour la continuation du traitement médical, et ce certificat sera fait sur deux exemplaires dont un sera remis à la femme. Sous aucun prétexte, une femme ne pourra être détenue plus de six mois en tout en vertu du même certificat.

Art. 25. Si une femme détenue dans un hôpital se considère comme ayant droit à en être élargie et que le médecin en chef de l'hôpital refuse de l'élargir, cette femme, sur sa demande, sera conduite devant un juge, lequel, s'il est convaincu, par des témoignages raisonnables, qu'elle est exempte de maladie contagieuse, l'élargira de cet hôpital et un tel ordre d'élargissement

aura le même effet que s'il vient du médecin en chef, la responsabilité de ce dernier étant déagée.

Art. 26. Toute femme ainsi transportée ou transférée sera considérée comme en captivité légale sous la garde et la responsabilité de la personne qui la transporte, transfère ou détient.

Art. 27. Toute femme, à son élargissement de l'hôpital, sera envoyée au lieu de son domicile si elle le désire, sans frais pour elle, la société devant faire les frais de sa propre sauvegarde.

Art. 28. Si une femme, soumise par ordre d'un juge, en vertu de cet acte, à la visite médicale périodique, s'absente temporairement afin d'échapper à la visite quand elle devrait s'y soumettre, ou refuse ou néglige volontairement de s'y soumettre;

Si une femme qui doit être détenue quitte l'hôpital sans y être autorisée par le médecin en chef et par un écrit de sa main (ce sera à l'accusée d'en faire la preuve);

Si une femme qui doit être détenue refuse ou néglige volontairement, pendant son séjour à l'hôpital, de se conformer aux règlements officiels de l'hôpital;

Alors cette femme sera coupable de transgression contre le présent Acte, et, après une conviction sommaire, elle sera passible d'emprisonnement avec ou sans travail forcé, dans le cas d'une première transgression pour une période ne dépassant pas un mois; et, dans le cas d'une seconde transgression ou plus, pour une période ne dépassant pas trois mois; et, dans le cas où une femme quitterait l'hôpital sans y être autorisée comme il est dit précédemment, cette femme peut être emprisonnée sans mandat par n'importe quel constable.

Art. 29. Si une femme est emprisonnée pour s'être absentée ou pour avoir refusé ou négligé de se soumettre à la visite comme il est dit ci-dessus, l'ordre de la soumettre à la visite médicale périodique restera en vigueur après et malgré l'emprisonnement, à moins qu'un médecin ou chirurgien de la prison, un expert nommé au moment de son élargissement de la prison, ne certifie par écrit et sous sa responsabilité, qu'elle est en ce moment exempte de maladie contagieuse (ce sera à elle de faire preuve de ce certificat); et, en ce cas, l'ordre de la soumettre à la visite médicale périodique cessera d'être en vigueur à sa sortie de prison.

Art. 30. Si une femme est convaincue d'avoir quitté l'hôpital sans ordre d'élargissement est emprisonnée pour cette transgression ou pour avoir refusé ou négligé, pendant qu'elle était à l'hôpital désigné, de se conformer aux règlements de cet hôpital, le certificat du chirurgien inspecteur, en vertu duquel elle était détenue dans cet hôpital, restera en vigueur, et à l'expiration du terme de son emprisonnement, elle sera renvoyée de la prison à cet hôpital désigné et y sera détenue (malgré les clauses du présent acte), en vertu de ce certificat, comme s'il avait été délivré au jour de l'expiration de son emprisonnement, à moins de certificat médical comme ci-dessus. En ce cas, le certificat en vertu duquel elle était détenue et l'ordre qui la soumettait à la visite médicale périodique cesseront d'être en vigueur à la sortie de prison.

Art. 31. Si, au moment où une femme quitte un hôpital certifié, le médecin en chef lui donne un *avis écrit* lui disant qu'elle est encore affectée d'une maladie contagieuse, et que, après cela, on la trouve quelque part à l'effet de prostitution, sans avoir reçu préalablement d'un chirurgien inspecteur nommé

aux fins de cet Act, un certificat écrit, endossé sur l'avis attestant qu'elle est exempte en ce moment de maladie contagieuse, elle sera coupable de transgression contre cet Act et passible avec ou sans travail forcé (1) (*Hard Labour*), pour un temps ne dépassant pas un mois pour la première transgression et pour un temps ne dépassant pas trois mois pour la seconde, et au plus.

Art. 32. Tout ordre soumettant une femme à la visite médicale périodique ne pourra avoir une durée qui dépasse un an.

Art. 33. Si une femme soumise à la visite médicale périodique en vertu de cet acte (soit par sa propre soumission, soit par ordre d'un juge) désire en être libérée, si elle n'est pas détenue dans un hôpital désigné et qu'elle fasse à un juge une demande écrite à cet effet, le juge fixera, par notice écrite, un temps et un local pour l'audition de la demande et pour délivrer une copie de la demande et de la notice à l'inspecteur de police.

Art. 34. Si, lors de l'audition de la demanderesse, il est démontré, à la satisfaction du juge, que la demanderesse a cessé d'être une prostituée ordinaire ou si la demanderesse, avec l'assentiment du juge, contracte l'engagement, avec ou sans caution, selon que le juge le trouvera bon, de se bien conduire pendant les trois mois qui suivront, le juge ordonnera qu'elle soit libérée de la visite médicale périodique.

Art. 35. Tout engagement de ce genre sera considéré comme non avenu si, à une époque quelconque du terme pour lequel il a été contracté, la femme en question se trouve en quelque lieu public (passage, rue, place, café, bal, etc.) à l'effet de prostitution, ou si, d'autre part, elle se comporte comme une prostituée ordinaire.

Art. 36. Si quelque personne, propriétaire ou locataire de quelque maison, chambre ou local, dans les limites d'une localité du ressort de cet Act, ou étant directeur ou concourant à la gestion de ce local, a des causes raisonnables de croire qu'une femme est prostituée (dans le sens ordinaire du mot) et qu'elle puisse être affectée d'une maladie contagieuse, et qu'elle lui laisse fréquenter sa maison, chambre ou local, à l'effet de prostitution, cette personne sera coupable de transgression contre le présent acte, et, sur conviction sommaire de ce fait devant deux juges, sera passible d'une amende ne dépassant pas 20 livres, ou, à la discrétion du juge, d'un emprisonnement ne dépassant pas six mois, avec ou sans travail forcé.

Réserve faite qu'une condamnation de ce genre n'exemptera le coupable d'aucune conséquence pénale ou autre qu'il aura pu encourir pour tenir ou pour concourir à tenir une maison de débauche ou pour les dommages en ayant résulté.

Art. 37. Spécifie les conditions dans lesquelles sera recherchée la véracité des assertions contenues dans les informations contre une femme; selon que la femme le désire, l'audience sera publique ou non.

Art. 38-39. Formules des certificats.

(1) On voit que nos voisins sont plus pratiques que nous qui, par un sentiment d'humanité touchant à la sensiblerie ou plutôt de philanthropie, sinon excessive, du moins mal placée, mettons nos criminels dans un état de bien-être véritable. A Paris, à la Santé, chaque détenu coûte à l'État, par an, 2,500 francs; c'est absurde; avec cette somme on ferait vivre toute une famille de braves gens. Les condamnés sont infiniment mieux en prison qu'en liberté. Le seul système pratique consiste dans des peines dures mais *très courtes* pour tous les responsables et dans l'hospice pour les inconscients.

Art. 40. Tout certificat signé d'un chirurgien ou médecin de prison ou d'hôpital sera reçu comme preuve sous la responsabilité du signataire.

Art. 41. Tout avis devra être remis directement à la personne intéressée ou à son domicile habituel.

Art. 42. Toute poursuite devra être effectuée (pour être valable) dans les trois mois qui suivront le fait visé et jamais autrement. Avis écrit de chacune de ces actions et de leur cause sera donné à l'avocat ou au défenseur au moins un mois avant le commencement de l'action.

Le document précédent est suivi de l'*Acte additionnel* suivant concernant la *détention temporaire des femmes*, Appendice, n° 1, 2, 3.

4) Toute femme qui, se présentant à la visite ou pendant la visite même du médecin, est reconnue par lui être en une telle condition qu'il ne puisse l'examiner convenablement, sera détenue (si le chirurgien a des motifs plausibles de la croire affectée d'une maladie contagieuse) dans un hôpital qualifié à cet effet, conformément aux prescriptions des règlements des maladies contagieuses de 1866 et de 1869 jusqu'à ce que le chirurgien puisse l'examiner convenablement, de manière toutefois qu'elle ne soit pas détenue pour une période de plus de cinq jours. Le chirurgien chargé de la visite signera un certificat attestant qu'elle était dans une telle condition, etc.

Si le motif qui empêche le chirurgien d'examiner la femme est l'état d'ivresse, elle pourra être détenue, mais pour une période n'excédant pas vingt-quatre heures, en un endroit désigné habituellement pour les personnes accusées d'ivresse ou de scandale sommairement punissable.

5) Lorsqu'une déclaration sous serment est déposée devant un juge par un inspecteur de police établissant que l'auteur de la déclaration a de bonnes raisons de croire que la femme dénommée est une prostituée et qu'elle réside dans les limites d'une localité à laquelle cet Act s'applique; ou bien si elle n'a pas de domicile fixe et qu'elle soit venue dans un but de prostitution dans ces limites dans les quatorze jours qui ont précédé le dépôt de la déclaration; ou bien si elle est allée, dans le but de prostitution, avec des hommes résidant dans ces limites, le juge devra, avant d'agir, en faire donner à cette femme un avis que lui fera remettre l'inspecteur de police.

6) Lorsqu'une femme se soumet volontairement et par écrit à une visite médicale périodique, cette soumission aura, pour tout ce qui concerne les effets du règlement, la même conséquence que l'ordre d'un juge.

7) Une femme pourra être détenue pour une nouvelle période n'excédant pas trois mois, à ajouter aux six mois attribués par le chapitre XXIV de l'Act principal, s'il est fourni, à l'expiration de ces six mois, un certificat établissant qu'une détention ultérieure est nécessaire pour son traitement médical, de façon toutefois qu'une femme ne soit pas détenue plus de neuf mois en vertu du même certificat.

8) Quand un ordre est donné de laisser sortir une femme de l'hôpital, ou bien quand il est délivré un certificat attestant qu'une femme n'est pas atteinte d'une maladie contagieuse, cet ordre, ou ce certificat, sera remis à l'inspecteur de police qui le conservera.

9) Toute femme soumise, soit volontairement, soit par ordre d'un juge, à la visite médicale périodique, et désirant en être délivrée, si elle n'est pas détenue dans un hôpital *ad hoc*, peut adresser sa demande écrite au chirurgien chargé de la visite. Celui-ci fera remettre à l'inspecteur de police une copie de cette demande et si, après l'avis de l'inspecteur ou d'après quelque autre témoignage, il lui est démontré que la demanderesse a cessé d'être

une prostituée commune, il peut, par un ordre signé de sa main, mais sous sa responsabilité, prescrire qu'elle soit libérée de la visite, et elle le sera par ce fait. Cet ordre sera délivré en triple exemplaire; l'un sera remis à la femme, et deux seront remis à l'inspecteur de police lequel en transmettra un au juge qui a émis l'ordre de soumettre la femme aux visites médicales ou à son successeur.

13° Les stipulations relatives à un enfant né d'une mère détenue dans un hôpital spécial seront les mêmes que si cet enfant était né dans une maternité ordinaire. (Voir l'*Act de la 13^e année du règne du roi Georges III*, ch. 82.)

Suivent un premier appendice déterminant les limites exactes des localités dans lesquelles les précédents actes seront en vigueur et un deuxième appendice composé des formules des divers documents officiels dont il a été question. »

Tels sont ces fameux Acts dont il a tant été question dans ces derniers temps, soit en Angleterre, soit en Europe. Une première mesure, pour la prévention des maladies vénériennes, avait été adoptée en 1864. Or, à Plymouth, toutes les prostituées qu'on examina furent trouvées malades. La moyenne générale fut de 84,9 0/0.

La loi de 1864 donnait à la police l'autorisation de saisir les femmes publiques suspectes, de les amener et de les faire examiner dans un hôpital désigné à cet effet, et de les y retenir, en cas de maladie, pour une période (renouvelable selon les besoins du traitement) ne dépassant pas trois mois.

Mais, avant qu'une femme fût déclarée suspecte, elle avait eu le temps de transmettre bien des fois la maladie dont elle était atteinte. De là, la nécessité des visites périodiques préventives et la nouvelle loi de 1866, faite sous l'inspiration de Skey, président du *Royal College of surgeons*. Les Acts furent complétés en 1869 par des articles additionnels, le tout adopté par le Parlement anglais.

Les *contagious diseases acts* restèrent en vigueur jusqu'au 21 avril 1883, époque à laquelle les Chambres, influencées par l'agitation de M. Stansfeld, décrétèrent leur abolition.

Par les conditions dans lesquelles elles furent mises en pratique, ces lois préventives constituent une véritable expérience de laboratoire dont on aurait bien tort de ne tirer aucun enseignement.

Avant 1863, nous avons dit que les maladies vénériennes sévissaient comme un véritable fléau sur l'armée anglaise : 1,416 hommes étaient, par ce seul fait, *journellement* immobilisés dans les hôpitaux (Longuet, *Arch. de méd. mil.*, mars 1884). Pendant que, dans 15 villes de garnison navale ou militaire de l'Angleterre ou de l'Irlande étaient instituées les lois sanitaires, 15 autres garnisons, de 500 hommes au minimum, restaient comme les témoins de l'efficacité des Acts, abandonnées, comme par le passé, à tous les dangers de la prostitution libre. On ne procéda, d'ailleurs, que lentement et successivement à l'organisation sanitaire des 15 garnisons à prostitution surveillées. En 1865, l'Act n'était encore appliqué que dans 3 d'entre elles; en 1866, à 4; en 1867, à 5; en 1868, à 8; en 1869, à 10; enfin, en 1870, il fonctionnait dans les 15.

Or, bien que l'épreuve, dans ces conditions, eût été boiteuse et incomplète, le bilan des années 1864-70 permet de constater que le *groupe surveillé*, qui présentait avant l'acte un excédent de maladies vénériennes de 14 pour 1,000 sur le *groupe libre*, en avait bénéficié au point de descendre au-dessous de

celui-ci de 21 pour 1,000 environ. L'expérience se poursuit plus probante encore pendant les années 1870-1881 ; les villes surveillées présentèrent une atténuation croissante, les autres offrant des fluctuations à peine variables. Pour l'année 1881, les garnisons surveillées ont eu 74 cas d'ulcères vénériens primitifs pour 1,000 hommes, et 97 blennorrhagies. Les autres, respectivement, 181 et 122 pour 1,000. En ce qui concerne la blennorrhagie, on n'observa entre les deux groupes que des différences peu marquées.

Tous ces chiffres sont démonstratifs.

Ce n'est donc pas, comme on l'a dit, à cause de déceptions ou de résultats inférieurs aux prévisions des optimistes que les actes furent abolis par les Chambres sous le cabinet Gladstone, lié par son programme. Du reste, depuis l'abolition des lois protectrices de la santé publique au moyen de l'inspection obligatoire des femmes publiques, le nombre des prostituées a augmenté et les cas graves de syphilis sont devenus plus fréquents.

L'opinion générale paraît être en accord avec celle de la majorité des médecins ; elle exige non seulement le rétablissement des *contagious diseases acts* dans les districts autrefois protégés, mais encore la promulgation de règlements de police efficaces pour Londres même (*Keser, Sem. méd.*, 30 décembre 1885). Il faut bien savoir que ce n'est nullement sous les influences médicale ni administrative que les lois ont été abrogées. Ses ennemis furent surtout la ligue « pour relever la condition sociale et la dignité de la femme et pour abolir la prostitution » et surtout l'action si puissante en Angleterre du puritanisme protestant. Enfin de pseudo-moralistes s'écriaient, se montrant impitoyables aux malades : « Qu'ils souffrent de leurs péchés ! » Nous ne pensons pas que ce soit là un argument pour les quelques médecins partisans de la liberté de la prostitution ; ces médecins n'ignorent pas que la maladie syphilitique compromet les générations futures et la race, en rejettant à jamais sur les femmes et sur les enfants, c'est-à-dire sur des innocents. Nous ne pensons pas non plus que ce soit là un argument en faveur des doctrines radicales qui se réclament d'une façon si farouche de la liberté individuelle. Il n'est pas douteux que le plus grand nombre souffre et que ceux qui souffrent le plus sont les prolétaires, ceux qui n'ont ni temps ni argent pour se soigner. Que ces idéologues se souviennent que ce sont les susceptibilités du fanatisme religieux qui, en prêchant le mépris du corps et la malpropreté, ont finalement amené la déplorable fréquence des maladies vénériennes par la négligence des examens et des soins. On peut dire que ces écrivains se sont laissés convaincre à Londres par le puritanisme protestant et que ce sont les théories étroites qu'ils veulent aujourd'hui faire triompher à Paris.

Loin d'être humains et sensés, loin d'être éclairés, loin de défendre les idées les plus larges, ils sont les alliés des pires fanatiques. Qu'ils n'oublient pas que c'est ainsi qu'on les juge et surtout qu'ils ne fassent pas tant souvenir que les souteneurs aussi sont des électeurs !

Quoi qu'il en soit, on peut prédire qu'un long temps ne se passera pas sans que, chez nos voisins, la raison et le sens pratique aient repris le dessus. Bientôt, loin de les abolir, on reprendra les lois sanitaires pour les améliorer et les compléter encore.

En France, voici où nous en sommes. Chacun sait que maintenant le service sanitaire n'existe plus que d'une façon déplorable. Il n'est pas complètement aboli, mais il est sans vigueur, sans régularité. Personne n'y met

plus la main ; il fonctionne comme en vertu d'une vitesse acquise ; chacun sent qu'il n'est plus qu'un service provisoire attendant, soit l'abolition définitive et la chute totale, soit une réorganisation complète.

Comme en Angleterre, comme en Belgique (ce petit pays donne aux grands aujourd'hui l'exemple, puisque les Belges ont su faire de leur capitale une des villes les plus saines de l'Europe), en France, la question eut l'honneur d'être discutée dans les hautes sphères médicales. L'Académie de Paris ayant mis la question à l'ordre du jour, des discussions mémorables y ont eu lieu. Fournier, Brouardel, Le Fort et d'autres autorités ont pris la parole à l'occasion du magnifique rapport que Fournier fit au nom de la commission de la prophylaxie et dont les conclusions si sages et si humanitaires sont encore dans toutes les mémoires. Un remarquable esprit de conciliation a présidé à la discussion et a permis d'arriver à un accord à peu près complet. Les conclusions adoptées le 3 avril 1888 par l'Académie ne sont pas encore le dernier mot de cette question délicate entre toutes, mais elles marquent déjà un progrès considérable sur ce qui est ou plutôt sur ce qui n'est plus. Nous devons donc souhaiter qu'elles soient bientôt transmises et entendues en haut lieu et que les pouvoirs publics daignent enfin tenir compte des avis des médecins et faire entrer leurs vœux dans la période de réalisation. Voici ces conclusions :

I. — L'Académie de médecine de Paris appelle l'attention de l'autorité sur les développements qu'a pris la provocation sur la voie publique, dans ces dernières années notamment et en réclame une répression énergique.

II. — Elle estime qu'il y a nécessité manifeste d'assimiler à cette provocation de la rue divers modes non moins dangereux qu'a revêtus, surtout de nos jours, la provocation publique, à savoir celle des boutiques, celle des brasseries dites à femmes, et, plus particulièrement encore, celle des débits de vins.

III. — Elle signale à l'autorité, d'une façon non moins spéciale, la provocation qui rayonne autour des lycées, des collèges, et qui a pour résultat l'excitation des mineurs à la débauche.

IV. — Ces divers ordres de provocation ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics une loi de police sanitaire, réglant et fortifiant l'intervention administrative en particulier à l'égard des mineurs, et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit.

V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et aux visites sanitaires.

VI. — Si l'inscription n'est pas consentie par la fille à qui l'administration l'impose, elle ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire.

VII. — Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial.

VIII. — Les filles inscrites sont soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe.

Hospitalisation. — Traitement.

IX. — Le nombre de lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

X. — Cette augmentation des lits affectés aux vénériens et aux vénériennes

se fera, non pas par la création de services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais bien par la création de nouveaux hôpitaux spéciaux.

XI. — Les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

XII. — Un service de consultations gratuites, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

XIII. — Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pour le traitement des affections vénériennes; et les locaux affectés à cedit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène.

Réformes dans l'enseignement.

XIV. — Ouvrir librement tous les services de vénériens et de vénériennes (y compris ceux de Saint-Lazare) à tout étudiant en médecine justifiant de 16 inscriptions.

XV. — Il est désirable qu'on exige de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de sa thèse, un certificat de stage dans un service de vénériens ou de vénériennes.

XVI. — Attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement de tout le personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare (ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare).

XVII. — Attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité publique.

XVIII. — Les membres des jurys des divers concours dont il vient d'être question seront choisis parmi les membres des corps scientifiques suivants : les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine, les médecins, les chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, les médecins titulaires de Saint-Lazare. Le jury sera nommé par le Préfet de police sur la présentation du Doyen de la Faculté de médecine.

Syphilis dans l'armée et dans la marine.

XIX. — Assurer la rigoureuse exécution des règlements militaires, notamment en ce qui concerne les visites de santé, la recherche des foyers de contagion, l'abandon de toute mesure disciplinaire à l'égard des soldats affectés de maladies vénériennes.

XX. — S'efforcer de combattre les progrès incessants de la prostitution clandestine, d'une part en éclairant les soldats sur les dangers de cette prostitution spéciale et, d'autre part, en réclamant le concours des autorités civiles pour l'assainissement de certains foyers de contamination, soit dans les villes (débits de vins), soit aux alentours des camps.

XXI. — Assurer aux soldats syphilitiques, dont le traitement a été commencé à l'hôpital, la possibilité de continuer à leur corps, et sous la direction des médecins de leur régiment, le traitement ultérieur nécessaire à leur guérison.

XXII. — En ce qui concerne la marine, il est à désirer qu'à bord des

bâtiments de guerre une visite médicale de l'équipage soit faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre, des hommes qui seraient contagieux, toutes les fois que la durée de la traversée rendra cette mesure nécessaire.

XXXIII. — Il est absolument essentiel que, dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées, en vue de prévenir les contaminations que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement, et que les filles reconnues malades soient traitées à l'hôpital jusqu'à guérison complète des accidents transmissibles.

On le voit, pour être complet, plus vaste, le programme des médecins parisiens ne diffère pas dans le fond de celui des médecins étrangers.

L'unanimité, *sans entente préalable*, des médecins de toute nationalité à conseiller les mêmes restrictions de la prostitution, les lois de préservation et l'obligation légale du contrôle médical périodique est, à notre avis, un argument de premier ordre.

La question est facile à résumer : personne n'est dans l'obligation légale de se prostituer ; mais si une personne a le droit de disposer comme elle l'entendra de son corps, d'aller jusqu'à le vendre, il est indispensable que *cette marchandise, comme toute autre*, ne soit pas avariée et qu'elle ne constitue, pour le consommateur, ni duperie ni péril. — Or, comme dans l'espèce, il est trop tard d'agir quand le mal est fait, il faut le prévenir, et il n'est pas d'autre garantie que le *contrôle préventif*. Notons en passant qu'il est indigne et choquant, comme font les littérateurs euphémistes, de qualifier ces marchandes du nom de marchandes d'amour ; il s'agit, tout au plus, de marchandes de plaisirs ou mieux de jouissances. *De telles marchandes, la société a le devoir de les exiger saines !*

Notons d'ailleurs un fait observé par tous ceux que leurs fonctions mettent à même de juger. L'obligation des visites sanitaires n'est pas considérée par les intéressées comme une corvée pénible ou vexatoire ; beaucoup savent qu'elles sont exposées à contracter, dans l'exercice du métier qu'elles pratiquent volontairement, un affreux mal ; elles sont heureuses, souvent reconnaissantes, qu'on cherche à les préserver, et d'ailleurs, elles savent que leur intérêt direct est d'être absolument saines.

Dans un travail ultérieur, résumant les principaux éléments du débat, nous ferons connaître les diverses mesures qui dans l'état des esprits et des mœurs à notre époque et dans notre pays, nous semblent les plus propres à combattre la syphilis par l'assainissement de la prostitution. Nous sommes, en effet, de ceux qui pensent que la liberté de la prostitution est un encouragement à la débauche, en même temps qu'un danger public. Cela est si évident pour nous que nous consentirions à la rigueur à ne soumettre à l'obligation du traitement *que les femmes atteintes de syphilis* et pendant la durée seulement bien entendu de la période contagieuse. Il suffit pour triompher, a-t-on dit, que les victimes soient nombreuses et intéressantes ; dès lors notre cause est gagnée ; car rien n'est plus digne de sollicitude que le cas des victimes dont nous prenons ici la défense, femmes, enfants, et en un mot tout l'entourage des syphilitiques menacés d'un empoisonnement, d'abord immérité, ensuite capable, soit de compromettre la vie, soit de faire souffrir pendant toute la durée de l'existence, soit enfin de se reproduire jusque

dans les descendants de ces victimes ; cet empoisonnement renaissant ainsi de ses cendres, donne lieu à une transmission indéfinie et peut atteindre les proportions, dans certaines conditions, d'un véritable désastre public.

En vérité, on le voit, il ne s'agit pas de morale compromise, ni de la liberté individuelle, ni de la dignité ou de l'inviolabilité de la personne ; il ne s'agit que de la santé et nous ne faisons ici qu'*œuvre médicale* sans nous mêler des affaires de police ; ce sont de considérations exclusivement médicales dont il est question ici. Nous pensons en médecins que, pourvu que l'hygiène soit respectée, les rapports des sexes doivent être traités d'après les principes sacrés de la liberté ; mais il faut bien savoir que compromettre, et parfois irrémédiablement, la santé d'autrui est un véritable crime qu'on ne saurait encourager par une impunité systématique. Les pouvoirs publics, protecteurs naturels des populations, ne peuvent ni rester tolérants ou indifférents ni s'abstenir ; et si des cas se présentent où des mesures sévères soient indispensables, que les plaintes du corps médical, que les avis des médecins, c'est-à-dire des seules personnes réellement compétentes, soient enfin entendus ! Le législateur ne saurait assister impassible à la destruction libre, impunie, graduelle ou journalière de la vigueur et de la santé des populations à la destinée desquelles il a accepté la mission de veiller ! Tout cela pouvant d'ailleurs se faire, comme l'a montré Fournier, sans brutalité et sans arbitraire de la part de l'administration ou de la police. En attendant, notre devoir de médecin est de crier : « A bas les empoisonneurs publics ! »

On a souvent reproché aux médecins de n'indiquer que le mal et d'omettre l'indication du remède. Ici, la plainte n'est plus fondée ; mais hélas, il ne s'agit plus d'une simple ordonnance pharmaceutique à faire extemporanément exécuter. C'est à cette *œuvre sanitaire*, bien digne de tous les efforts, que nous convions les médecins de tous les pays, commençant ainsi l'union des peuples par la science et par l'hygiène. Pour l'instant, ne nous occupons que de la France et adressons-nous aux pouvoirs publics pour faire entrer la question dans la pratique. Peter l'a dit à propos du choléra : « Rien n'est plus désirable que l'union du législateur et du médecin. De tels vœux pour un tel résultat ne peuvent rester indéfiniment platoniques. A cette croisade scientifique, il est plus qu'honorable de participer ! » Nous terminerons par la formule de Martineau : « Qui dit liberté de la prostitution dit liberté de la contagion, liberté de l'empoisonnement ! » Que ceux qui ont qualité avisent.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

COMPTE RENDU DES THÈSES DE DERMATOLOGIE,

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE PARIS, PENDANT L'ANNÉE 1887-1888.

Par **Georges THIBIERGE.**

- I. — DES DERMITES ET DE L'ÉLÉPHANTIASIS CONSÉCUTIFS AUX ULCÉRATIONS ET A L'ECZÉMA DES MEMBRES VARIQUEUX, par E. JEANSELME. (10 février 1888.)
- II. — DU PURPURA HÉMORRHAGIQUE PRIMITIF OU PURPURA INFECTIEUX PRIMITIF, par J. MARTIN DE GIMARD. (31 janvier 1888.)
- III. — PSORIASIS ET ARTROPATHIES, par C. BOURDILLON. (23 juillet 1888.)
- IV. — LE LUPUS DU LARYNX, par L. MARTY. (11 juillet 1888.)
- V. — SUR LA TUBERCULOSE PAR INOCULATION CUTANÉE CHEZ L'HOMME, par A. LEFÈVRE.
- VI. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU ZONA CHEZ LES TUBERCULEUX, par P. LE-ROUX. (13 juillet 1888.)
- VII. — DU ZONA BILATÉRAL COMPLIQUÉ D'HERPÈS GÉNÉRALISÉ, par E. BOUL-LAND. (11 juillet 1888.)
- VIII. — DES TUMEURS MULTIPLES SOUS-CUTANÉES DANS LA DIATHÈSE SARCO-MATEUSE, par P. MOURET. (6 janvier 1888.)
- IX. — DE LA PELLAGRE SYMPTOMATIQUE, par E. GUERTIN. (16 novembre 1887.)
- X. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ŒDÈME ET DE L'ANASARQUE DE NATURE RHUMATISMALE ; COEXISTENCE DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC, par L. ARGUEYROLLES. (25 juillet 1888.)
- XI. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MALADIE DE MORVAN, par G. D'OGER DE SPÉVILLE. (28 juillet 1888.)
- XII. — RAPPORTS DE L'ALBUMINURIE AVEC L'ECTHYMA ET L'IMPÉTIGO, par J. DONNADIEU. (23 juillet 1888.)
- XIII. — DES VERGETURES DU THORAX, par M. SCIALOM. (12 juillet 1888.)
- XIV. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT DE L'ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM, par E. LE SENER. (23 décembre 1887.)

- XV. — DU TRAITEMENT DES ULCÈRES VARIQUEUX PAR LE SULFATE DE CUIVRE, par R. BLANC. (26 janvier 1888.)
- XVI. — DU TRAITEMENT DES VÉGÉTATIONS DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES, par H. REBILLARD. (23 février 1888.)
- XVII. — LA RÉSORCINE EN MÉDECINE, par M. LECONTE. (25 février 1888.)
- XVIII. — DES SYPHILOÏDES POST-ÉROSIVES ; ÉTUDE DE PATHOLOGIE CUTANÉE INFANTILE, par L. JACQUET. (27 juillet 1888.)
- XIX. — DE L'ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX PRIMITIF DES CICATRICES, par C. DURAND (17 mai 1888).

I. — La thèse très étudiée de M. Jeanselme est consacrée à l'étude des formes les plus graves des lésions cutanées produites par les varices. Elle vient compléter, en décrivant ses conséquences ultimes, l'étude de l'eczéma variqueux, si remarquablement faite par M. Aug. Broca dans sa thèse de doctorat (1886).

Après une description rapide des ulcères calleux, de l'eczéma variqueux et des cicatrices des ulcères variqueux, l'auteur entre dans son sujet par l'étude de l'éléphantiasis ulcéreux, dénomination fautive à notre avis, parce qu'elle s'adresserait tout aussi bien à l'éléphantiasis accompagné ou suivi d'ulcérations qu'à celui qui est consécutif à une ulcération.

Cet éléphantiasis porte surtout sur le bas de la jambe et le cou-de-pied, mais s'accompagne d'un empâtement diffus de tout le membre inférieur, l'avant-pied est presque toujours tuméfié sur sa face plantaire dont l'excavation a plus ou moins disparu comme sur la face dorsale, les orteils sont souvent très hypertrophiés par suite du développement des lésions de la dermite végétante. La tuméfaction est produite en grande partie par l'œdème, œdème tantôt banal et dû seulement à la présence des varices, tantôt inflammatoire et appartenant en propre à l'éléphantiasis. Outre l'œdème, il existe une induration ayant son maximum d'intensité au niveau du cou-de-pied. Parfois, à la suite de la cicatrisation d'un ulcère ou spontanément, il se produit en un point de la jambe un étranglement par bride fibreuse qui gêne la circulation veineuse et est la cause d'un œdème très considérable des parties sous-jacentes. Dans quelques cas, la pachydermie peut occuper la partie moyenne de la jambe en respectant le collet sous-malléolaire et la région tibio-tarsienne.

Dans la forme précédente, la peau était lisse ; d'autres fois, elle présente une hypertrophie papillaire plus ou moins prononcée (dermite végétante ou papillomateuse) que l'on rencontre principalement sur le cercle périmaléolaire et les bords du pied, sur les orteils, au voisinage

des ulcérations de la partie inférieure de la jambe. Cette altération est caractérisée, dans son degré le plus léger, par l'exagération des rides cutanées et un état quadrillé de la peau, à un degré plus prononcé par des squames craquelées et fissurées simulant l'ichthyose, sous lesquelles on trouve des papilles plus ou moins développées, souples et molles ou recouvertes de productions cornées; à une période plus avancée, la peau forme une surface irrégulière et vallonnée qui, dans les cas les plus accusés, finit par présenter des sillons très profonds et très étroits ulcérés ou non : c'est ce que l'on a appelé l'eczéma ou lichen hypertrophique. Sur les orteils qui sont très hypertrophiés, déformés et sont devenus prismatiques, les plis de flexion et d'extension sont très profonds et laissent souvent suinter un liquide eczémateux; l'état papillomateux affecte de préférence les bords latéraux de la face dorsale; l'ongle devient fibreux et strié dans le sens de sa longueur, opaque, grisâtre, décomposé en stratifications multiples, assez souvent redressé et devenu presque vertical en s'excavant ou non; la plante du pied, ordinairement indemne, présente parfois sur toute son étendue, ou seulement sur le talon, une hyperkératose avec fissures suintantes.

Avec ces lésions existent souvent, sur le même membre, d'autres lésions dont les unes dépendent de la dermite hypertrophique elle-même (chute des poils), ou des varices (pigmentation cutanée, hyperidrose, macules purpuriques, etc.).

En outre, on peut voir coïncider, soit sur le même membre, soit sur le membre opposé, des modifications atrophiques remarquables, véritables troubles de nutrition qui ne sont pas sans analogie avec ceux des membres longtemps immobilisés par une fracture. Cette dermite atrophique est caractérisée, au premier degré, par l'amincissement de la peau qui est plissée, luisante, sèche, écailleuse, mais souple et glissant facilement sur les plans profonds; à un degré plus avancé, le derme est tendu sur l'arête du tibia et difficile à saisir entre deux doigts.

Les parties profondes sont également le siège de lésions : atrophie des masses musculaires, hyperostoses, exostoses, ostéites raréfiantes et éburnées, ostéophytes.

La sensibilité est presque toujours modifiée : la sensibilité tactile est ordinairement normale, mais la piqure est quelquefois à peine sentie, la sensibilité thermique n'existe le plus souvent pas au niveau de l'induration ou donne lieu à des sensations perverses; il y a souvent un retard considérable dans la perception des sensations douloureuses et thermiques.

Les réflexes patellaires sont parfois abolis, plus souvent simplement affaiblis, plus souvent encore normaux; il en est de même du réflexe cutané plantaire.

Outre l'existence des varices, lesquelles sont plus souvent peu développées que très considérables, on constate, du côté de l'appareil circulatoire, l'existence très fréquente de l'athérome artériel, non seulement au niveau du membre malade, mais encore dans toutes les artères de l'économie.

Au niveau des membres atteints, on constate, même simplement avec la main, une différence de température avec le côté opposé : cette différence est presque toujours en faveur du membre malade, elle peut varier de 0°,5 à 3°,6; elle est en moyenne de 1°,5; elle est due à un état inflammatoire du membre et est plus forte au moment des poussées aiguës d'eczéma; on ne voit la température locale du membre s'abaisser par rapport au côté opposé que quand tout phénomène inflammatoire a disparu.

Lorsqu'un membre est ainsi atteint, il est rare que l'autre jambe ne soit pas intéressée à un degré quelconque par la dermite. Contrairement à ce qui a lieu dans les autres formes d'éléphantiasis, l'état général reste très longtemps excellent, et c'est à proprement parler une infirmité plutôt qu'une maladie.

Ces lésions peuvent être confondues avec l'ichthyose, le myxœdème, les indurations consécutives au scorbut, l'éléphantiasis des pays chauds, certaines lymphangites produites par la malaria, certaines lésions des membres inférieurs dues à la syphilis ou au lupus et même à la lèpre.

Lorsqu'on fait l'autopsie d'un membre atteint de lésions pachydermiques, on trouve le derme très résistant, parfois même d'une dureté presque cartilagineuse; le tissu cellulaire peut acquérir plusieurs centimètres d'épaisseur, et présente un aspect uniforme ou bien est décomposable en couches stratifiées; supérieurement, l'épaississement et la fusion du derme et du tissu cellulaire se fait graduellement; inférieurement, au niveau du cou-de-pied, la sclérose se termine d'une manière abrupte à la limite antérieure du cercle périmalléolaire. Les aponévroses et les cloisons intermusculaires sont sclérosées; elles deviennent le centre d'irradiations fibreuses qui pénètrent dans les faisceaux musculaires et les dissocient; le tissu musculaire peut même arriver à disparaître entièrement. Les os sont hypertrophiés dans leur partie inférieure. Les artères sont presque toujours athéromateuses. Les veines présentent les diverses lésions variqueuses. Les ganglions lymphatiques sont entourés d'une atmosphère cellulo-graisseuse indurée, et leur coloration rappelle celle de la rate, ils sont transformés en tissu fibreux, et leur imperméabilité joue un certain rôle dans la production et la persistance de la dermite éléphantiasique. Les nerfs peuvent être épaissis, mais le plus souvent leurs lésions ne sont appréciables qu'à l'examen histologique.

Au microscope, les lésions diffèrent dans la dermite lisse, dans la

dermite végétante et dans l'éléphantiasis. Dans la dermite lisse hypertrophique, la couche épidermique est amincie, le pigment occupe en abondance sa couche profonde, la desquamation est incessante, les noyaux des cellules du corps muqueux sont atrophiés; le corps papillaire est relativement atrophié, les papilles sont peu élevées, les anses vasculaires grêles; le chorion est épaissi, ses faisceaux fibreux sont plus volumineux, plus nombreux et plus serrés que dans la peau saine; les capillaires lymphatiques sont très élargis; les poils, les glandes sudoripares et sébacées sont très souvent atrophiés. Dans la dermite hypertrophique végétante, la couche cornée est très épaissie, ses noyaux sont encore conservés dans les couches les plus superficielles; les papilles sont très élargies et constituées par un tissu conjonctif embryonnaire à substance fondamentale muqueuse; de vastes espaces lymphatiques lacunaires occupent les interstices de ce tissu; sur la limite du derme et du pannicule adipeux rampent d'innombrables capillaires embryonnaires intriqués dans tous les sens. Au début, la lésion consiste dans la formation de manchons de cellules embryonnaires autour des vaisseaux. Dans la dégénérescence éléphantiasique, les faisceaux conjonctifs et le tissu élastique peuvent être considérablement développés; souvent il y a, au sein du chorion, des masses disséminées de fibres lisses disposées par fascicules dans divers sens; ces fibres lisses occupent surtout les parties profondes du derme.

L'œdème qui, chez les variqueux, apparaît toujours tôt ou tard par le fait de la gêne circulatoire, prédispose à l'apparition de la dermite et de l'éléphantiasis; mais, en règle générale, la dermite et surtout l'éléphantiasis ne prennent naissance que consécutivement aux ulcérations et à l'eczéma. Les ulcères, à la suite des irritations dont ils sont souvent le siège (station debout, marche, malpropreté), sont le point de départ d'une inflammation occupant probablement les réseaux lymphatiques et à la suite de laquelle il n'est pas rare de voir survenir de la lymphangite des troncs et de la tuméfaction des ganglions qui restent volumineux et durs. De même l'eczéma, qui à chaque poussée est l'origine d'une infiltration inflammatoire du derme accompagnée d'un léger œdème, est la cause de lymphangites également suivies de la tuméfaction et de l'induration des ganglions. La stase lymphatique qui résulte de ces lésions ganglionnaires altère encore la peau, la rend de plus en plus apte à se laisser envahir par les germes infectieux au niveau des solutions de continuité, les poussées lymphangitiques se succèdent les unes aux autres, diminuent encore la perméabilité des ganglions et laissent après elles un œdème toujours croissant qui, dans les périodes d'accalmie, s'organise de plus en plus. Ainsi la lymphangite accroît l'œdème et l'œdème appelle la lymphangite.

La prophylaxie de ces lésions consiste donc dans l'emploi des moyens propres à guérir rapidement les ulcères (pansements antiseptiques non irritants, et spécialement pansement à l'onguent napolitain avec les perfectionnements proposés par M. Lucas-Championnière, au besoin les greffes dermiques ou épidermiques,) ou l'eczéma.

Lorsque les lésions sont produites, il n'existe aucun moyen qui permette de rendre à la peau la souplesse qu'elle a perdue; les scarifications des bords de l'ulcère, proposées par M. Vidal, peuvent seules produire quelque effet favorable; l'amputation est, dans quelques cas exceptionnels, la seule ressource. Avant d'en arriver là, on doit chercher à assouplir la peau à l'aide d'onctions faites avec des corps gras, de cataplasmes appliqués en permanence, de bains ou de douches locales chaudes et du massage pratiqué avec précaution.

Cette thèse, basée sur l'étude de 42 observations inédites, se termine par deux belles planches en phototypie reproduisant l'aspect des lésions observées.

II. — Le titre de la thèse de M. Martin de Gimard montre clairement à quelle conclusion il aboutit : pour lui, le purpura, abstraction faite des purpuras secondaires, du purpura dépendant d'affections diverses du système nerveux, ou d'une intoxication, est d'origine infectieuse et produit par un agent microbien : « Ce purpura est, dit-il, une véritable entité morbide qui doit prendre rang à côté des maladies éruptives, de la rougeole, de la scarlatine, et qui diffère autant des autres formes de purpura que la rougeole et la scarlatine sont différentes des autres érythèmes ».

L'étiologie du purpura infectieux primitif est très obscure : les émotions morales, les traumatismes, parfois invoqués, n'ont aucune influence réelle; les privations, les mauvaises conditions hygiéniques, les maladies antérieures en favorisent certainement le développement, mais on peut aussi l'observer chez des sujets vigoureux et robustes; on l'observe à tous les âges, mais plus particulièrement chez les jeunes gens et les enfants. Il est peut-être épidémique ou du moins sujet à des recrudescences passagères et peut-être aussi contagieux.

Les formes cliniques du purpura hémorragique primitif sont assez variables. A côté d'une forme bénigne dont le type est la maladie de Werlhof, on peut observer une forme typhoïde surtout décrite par A. Mathieu et Gomot, une forme suraigüe, pouvant aboutir à la mort en quelques heures, dont M. Martin de Gimard rapporte plusieurs exemples et qui nous a semblé plus particulière aux enfants qu'il ne le dit; on peut encore observer une forme gangréneuse du purpura (nous dirions plus volontiers, pour notre part, des accidents gangréneux dans le pur-

pura, les plaques gangréneuses pouvant occuper indifféremment la peau ou les muqueuses et ne se développant que sur un nombre restreint d'éléments purpuriques, des accidents gangréneux dans le cours du purpura), observée par Worms, W. Legg, etc., et dont M. Martin de Gimard a publié récemment deux observations (voir *Annales de Dermatologie*, 1888, p. 552) et dont il rapporte dans sa thèse trois nouveaux exemples, enfin une forme pseudo-rhumatismale, dont les manifestations articulaires rappellent celles des maladies infectieuses. Les symptômes généraux observés dans ces diverses formes doivent également être rapprochés de ceux des infections.

Un autre caractère commun avec ces dernières est la transmission du purpura de la mère au fœtus, observée par Dohrn.

En outre des lésions hémorragiques, on observe à l'autopsie des sujets qui ont succombé au purpura, des altérations du foie, de la rate et des reins, semblables à celles des maladies infectieuses.

L'étude bactériologique du sang de deux malades a permis à M. Martin de Gimard d'y trouver, comme l'avaient fait déjà Petrone et quelques auteurs, des microcoques. Dans l'un de ces cas, l'ensemencement du sang sur l'agar ou dans des bonillons a donné lieu au développement de cultures pures d'un microcoque se colorant par les divers réactifs, animé de mouvements, absolument sphérique, mesurant $0\ \mu$, 8 à $0\ \mu$, 9, sans capsule; les microcoques se réunissaient par groupes très irréguliers de 2, 3, 4, ou en plus grand nombre et affectaient parfois l'aspect de streptococcus ou peut-être plus souvent de staphylococcus; sur l'agar, les cultures occupaient uniquement la surface, formant des taches blanches laiteuses arrondies, plus épaisses au centre que sur les bords qui étaient cependant saillants; dans le bouillon, les cultures formaient un nuage blanchâtre. Les microcoques avaient disparu du sang au moment de la guérison. M. Martin de Gimard les a constatés dans des fragments de peau enlevés presque immédiatement après la mort. L'injection de cultures des microbes dans le tissu cellulaire et le péritoine du lapin n'a produit aucun résultat; dans les veines de l'oreille, elle a amené des ecchymoses chez trois lapins.

De ces recherches et de l'étude clinique à laquelle il s'est livré, M. Martin de Gimard conclut que la pathogénie du purpura primitif, si difficilement explicable par les altérations globulaires ou vasculaires ou les troubles nerveux invoqués, doit être recherchée dans l'intervention d'un microbe pathogène: celui-ci, une fois qu'il a pénétré dans l'économie, se développe dans le sang, s'arrête en un vaisseau quelconque dont il altère les parois et produit la rupture spontanément ou sous l'influence d'une augmentation de tension due par exemple aux mouvements ou à la marche; les microbes qui obstruent les vaisseaux

peuvent encore se répandre dans le sang et produire, par auto-infection, les poussées successives que l'on observe ordinairement dans le cours de la maladie.

Sans vouloir discuter à fond les conclusions de l'intéressante thèse de M. Martin de Gimard, nous devons cependant faire quelques remarques à leur sujet. D'abord, parmi les observations qu'il rapporte, plusieurs appartiennent manifestement à des formes de purpura dans lesquelles l'infection n'a rien à voir et doivent être attribuées au surmenage. En outre, dans les deux cas dans lesquels il a poursuivi ses importantes recherches bactériologiques, il s'agissait de purpura avec lésions gangréneuses : on peut donc se demander si les microcoques qui ont été trouvés n'étaient pas les agents de la gangrène, véritable infection secondaire, ou ne s'étaient pas introduits dans l'organisme à la faveur des solutions de continuité produites par elle ; il y a là une grave cause d'erreur qui ne permet pas d'attribuer définitivement au coccus signalé par M. Martin de Gimard le rôle qu'il lui fait jouer. Est-il nécessaire de faire remarquer encore que les hémorrhagies, processus banal, pourraient bien avoir pour agent, non un microbe unique, mais un nombre plus ou moins grand de microbes et qu'il pourrait bien y avoir, non un purpura hémorrhagique infectieux, mais une série de purpuras infectieux primitifs ?

III. — L'importante étude de M. Bourdillon repose sur 23 observations inédites de psoriasis avec arthropathies : le nombre de ces documents lui a permis de faire de ces arthropathies une description clinique approfondie et de discuter leur pathogénie. Chez un certain nombre de psoriasiques (environ 5 0/0 : Ernest Besnier), on trouve des manifestations articulaires qui peuvent varier depuis la simple arthralgie jusqu'aux arthropathies proprement dites.

Les arthropathies occupent surtout les petites articulations des membres ; elles débutent ordinairement d'une manière lente ; ne s'accompagnent que d'un épanchement peu abondant ou nul, sont remarquablement fixes alors même que leur début a été aigu ; elles peuvent se localiser à un petit nombre d'articulations, le plus souvent sous la forme noueuse ou se généraliser plus ou moins et affecter des types comparables du rhumatisme osseux ou rhumatisme fibreux. Les manifestations articulaires se combinent très fréquemment chez le même sujet avec des accidents douloureux divers (névralgies, myalgies, mélalgie). Ces arthropathies débutent quelquefois avant le psoriasis ou en même temps que lui, mais le plus souvent lui sont postérieures. Il n'y a pas de signes objectifs du psoriasis qui puissent faire prévoir l'apparition des troubles articulaires ; néanmoins certains caractères de malignité, de

persistance et d'universalité du processus cutané leur sont souvent associés, et surtout on rencontre avec une fréquence remarquable chez le malade ou chez ses ascendants tout un ensemble de phénomènes d'ordre nerveux. Les particularités inhérentes aux déformations, les conditions étiologiques, les antécédents héréditaires et personnels des sujets ne permettent pas de rapporter ces arthropathies au rhumatisme tel qu'on peut le comprendre dans l'état actuel de la science. Au contraire, ces mêmes considérations et l'absence de toute autre cause capable de les expliquer en dehors d'une influence trophique permettent de les rapprocher des arthropathies d'origine nerveuse périphérique et surtout médullaire. Cette interprétation de la pathogénie des arthropathies des psoriasiques concorde, d'ailleurs, avec l'opinion professée par un certain nombre de médecins qui font du psoriasis une affection trophonévrotique; et en admettant même qu'on doive reconnaître au psoriasis une origine parasitaire, le système nerveux serait l'intermédiaire entre la cause extérieure et son effet sur la surface cutanée. On ne connaît rien de l'anatomie pathologique de ces arthropathies; cependant, dans l'état actuel de la science, un examen négatif du système nerveux ne suffirait pas à le mettre hors de cause, car les altérations médullaires peuvent bien être purement fonctionnelles ou dynamiques. Les simples troubles sensitifs que l'on peut observer au cours du psoriasis n'ont pas de gravité absolue; ils méritent cependant une attention particulière en raison de la possibilité du développement ultérieur d'altérations plus profondes. En raison de leur marche à peu près fatale, les arthropathies généralisées ont une gravité très grande et conduisent les malades à un état d'impotence extrême résultant des déformations irrémédiables qu'elles produisent. L'éventualité de leur apparition au cours d'un psoriasis doit inspirer, relativement au pronostic de cette dermatose, un peu plus de réserve que n'en apportent les auteurs. Le meilleur mode de traitement des arthropathies généralisées consiste dans l'emploi des bains prolongés (4, 6, 8, 10 heures) à une température fixe de 31 à 35°.

IV. — Il est encore de nombreux points obscurs dans l'histoire de ces formes de tuberculose des muqueuses qui correspondent à ce que l'on appelait, il n'y a pas encore bien des années, les scrofulides des muqueuses et il est nécessaire d'en reprendre la description aujourd'hui où l'on peut espérer en séparer nettement ce qui appartient aux manifestations tardives de la syphilis. La thèse, très étudiée, de M. Marty, est certainement le travail le plus important qui ait encore été publié sur le lupus du larynx et si quelques-unes des 85 observations qu'il rapporte ne semblent pas devoir être sans réserves considérées comme des

cas de lupus, dont elles diffèrent essentiellement par la marche et par l'évolution, il n'en reste pas moins qu'il a fait œuvre utile en les réunissant et en en tirant une description que nous allons résumer avec les détails qu'elle mérite.

Les lésions laryngées présentent les mêmes caractères histologiques que celles de la peau : îlots constitués par des cellules géantes entourées de cellules embryonnaires et renfermant, mais toujours en nombre peu considérable, des bacilles de Koch.

Le lupus laryngé peut être primitif, ou plus souvent secondaire. Il s'accompagne le plus souvent de lésions semblables sur les muqueuses buccale, nasale et pharyngée, et de lésions cutanées. Son début est lent et insidieux, et demande à être recherché : pendant longtemps, l'appareil phonateur proprement dit est indemne et les signes fonctionnels font défaut. A une période plus avancée, les cordes vocales étant prises, la voix est rauque, cassée, demi-éteinte, ou même il y a une aphonie complète. La toux est rare, l'expectoration peu abondante, mais on observe un pytalisme assez marqué. La dyspnée, sauf complication, n'est jamais très considérable et les lésions sont absolument indolentes.

A l'examen laryngoscopique, on constate une pâleur générale du larynx, un état hypertrophique plus ou moins prononcé, tantôt des productions végétantes, muriformes ou polypiformes, tantôt un état lisse et tendu de la muqueuse qui est plus ou moins tuméfiée. Cet état hypertrophique entraîne des déformations de la glotte et de la partie supérieure du larynx, il peut être assez prononcé pour produire une laryngosténose. A une période plus avancée, on constate des ulcérations d'étendue variable, produisant de grandes pertes de substance, et donnant lieu ultérieurement à des cicatrices blanches, scléreuses, rétractiles, qui sont elles-mêmes dangereuses, car elles peuvent déterminer des sténoses laryngées. Les lésions lupiques se localisent surtout sur l'épiglotte et la région sus-glottique, les autres portions du larynx ne se prennent que consécutivement, et dans certains cas même ne sont jamais atteintes.

Le lupus primitif présente les mêmes caractères objectifs et subjectifs que le lupus secondaire, mais respecte la peau et les muqueuses. Il est beaucoup plus rare que le lupus secondaire.

Un certain nombre d'affections peuvent compliquer le lupus laryngé : tuberculose des poumons, des méninges, du péritoine, des plèvres, abcès froids, etc. L'érysipèle peut exercer une influence curatrice sur la maladie. L'œdème de la glotte, la chondrite et la périchondrite sont très rares. L'état général est le plus souvent excellent pendant de longues années. L'affection évolue lentement et sa durée doit être comptée par années. La guérison a été notée dans un certain nombre de cas.

Le diagnostic est toujours difficile. Au début, l'affection passe souvent

inaperçue. Aussi y a-t-il intérêt à examiner tous les lupiques sans exception, au laryngoscope. Quatre maladies peuvent surtout être confondues avec le lupus du larynx, les manifestations laryngées de la syphilis et de la lèpre, le cancer du larynx. Il faut, avant de se prononcer, faire l'examen très complet du malade et s'aider de tous les commémoratifs.

Le pronostic doit être réservé ; il faut toujours songer aux complications possibles, surtout à l'œdème de la glotte.

Le lupus du larynx est plus fréquent qu'on ne l'a cru pendant longtemps. On le rencontre chez les lupiques dans la proportion de 9,10/0 environ. Les femmes y sont plus exposées que les hommes. Il se manifeste de préférence chez les adultes. Les causes sont les mêmes que celles du lupus de la peau.

Le lupus du larynx peut être considéré comme une forme de tuberculose caractérisée par le petit nombre de ses bacilles ; c'est ce que démontrent les recherches histologiques, expérimentales et cliniques.

Le traitement doit être local (caustiques chimiques ou mieux galvanocautère, scarifications, raclage) et général (toniques et reconstituants : huile de foie de morue et arsenic).

V. — Les observations d'inoculation cutanée de la tuberculose sont, dans ces dernières années, devenues assez nombreuses pour qu'il soit possible de rechercher dans quelles conditions l'inoculation se produit, quelles lésions se manifestent au point d'inoculation et quelles autres sont la conséquence de la généralisation de l'infection. C'est cette étude qu'a entreprise M. Lefèvre en s'appuyant sur trente observations d'inoculation tuberculeuse, dont quelques-unes sont peut-être quelque peu douteuses, au sujet de la véritable origine de la tuberculose, mais dont le plus grand nombre sont bien certainement de nature à entraîner la conviction.

Le plus grand nombre de ces observations a trait à des personnes obligées par leur profession d'approcher les malades ou les cadavres (médecins pratiquant des autopsies, garçons d'amphithéâtre, infirmiers), ou s'occupant d'eux accidentellement, soit en les soignant, soit en lavant leurs crachoirs, et les mouchoirs imprégnés de leurs crachats. D'autres inoculations sont absolument accidentelles : circoncision suivie de succion par un opérateur tuberculeux, piqûre avec une seringue de Pravaz ayant servi à un tuberculeux, greffes avec des tissus provenant d'un tuberculeux.

L'inoculation peut se faire à la surface d'une plaie, soit au moment même de sa production et par suite de la présence du virus sur l'instrument qui la produit, soit ultérieurement ; elle peut avoir lieu sur des brûlures, des eczémas. Elle se produit le plus souvent au niveau des mains,

surtout de la main gauche, atteignant principalement les doigts et parmi eux surtout le pouce et l'index.

Pendant la période d'incubation, de durée variable, la plaie qui a servi de porte d'entrée se cicatrise comme une plaie simple, ou bien persiste sans revêtir de caractère particulier. Cette période d'incubation a une durée variable depuis quatre à cinq jours jusqu'à deux mois, le plus souvent huit à quinze jours.

La lésion tuberculeuse cutanée débute le plus souvent par un petit bouton rouge, une papule surmontée d'un petit point blanc qui s'ouvre, donne lieu à l'écoulement d'une gouttelette de pus séreux, puis se recouvre d'une croûte jaunâtre. D'autres papules semblables se développent ultérieurement à la périphérie de la première. D'autres fois le début a lieu par un panaris ou par un abcès, ou bien la plaie se met à suppurer, s'ulcère, et se recouvre d'une croûte grisâtre.

A la période d'état, la lésion revêt des formes diverses sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Tout peut se borner à la lésion cutanée, laquelle peut guérir spontanément ou sous l'influence du traitement. D'autres fois, l'affection se propage et, d'ordinaire, suit la voie des lymphatiques, en produisant une lymphangite et souvent des gommes tuberculeuses des lymphatiques ; des adénites tuberculeuses se développent souvent, mais non constamment dans les ganglions lymphatiques correspondants. D'autres fois, la propagation se fait par l'intermédiaire des gaines tendineuses des fléchisseurs des doigts.

Les ganglions lymphatiques forment, pendant un temps plus ou moins long, une barrière à l'infection de l'économie ; celle-ci se manifeste cependant, dans un certain nombre de cas, par des localisations tuberculeuses diverses : abcès froids, suppurations multiples, tuberculose pulmonaire, méningite tuberculeuse. Ces diverses localisations tuberculeuses ne se développent d'ailleurs presque jamais que d'une manière tardive.

Les formes revêtues par la tuberculose inoculée sont le tubercule anatomique, les gommes tuberculeuses, les ulcérations tuberculeuses, le lupus.

Le tubercule anatomique, duquel on doit rapprocher la tuberculose verruqueuse de Riehl, est la forme la plus fréquente ; on la rencontre souvent au début des lésions, et elle constitue probablement l'unique mode d'entrée du bacille, au moins pour la main.

Le mode de début par un abcès est rare, et peut-être s'agit-il d'une inoculation plus profonde, mais l'étude clinique ne peut donner des renseignements sur la profondeur plus ou moins considérable de l'inoculation.

Les gommes scrofulo-tuberculeuses se rencontrent dans la tubercu-

lose par inoculation, mais seulement à une phase ultérieure, et comme moyen de propagation.

Les ulcérations tuberculeuses proprement dites de la peau ont été considérées par MM. Lailler et Mathieu, et surtout par M. Vallas, comme ne s'observant qu'aux phases avancées de la phthisie : cette opinion ne doit pas être exprimée d'une façon aussi exclusive que l'a fait ce dernier auteur, et il y a au moins une observation, celle de M. Hanot, dans laquelle la tuberculose pulmonaire paraît avoir été consécutive à la tuberculose cutanée.

Quant au lupus, il semble aussi pouvoir être l'une des formes de la tuberculose inoculée : son siège au nez, aux joues, aux lèvres, aux oreilles, coïncide avec le lien habituel des traumatismes de l'enfant ; des auto-inoculations, ont aussi parfois revêtu la forme du lupus, à la suite d'ouverture d'abcès tuberculeux.

L'inoculation cutanée ne donne souvent lieu qu'à une forme atténuée et peu grave de la tuberculose, comme le prouvent l'absence fréquente de lésions viscérales dans la tuberculose verruqueuse de Riehl et la guérison du tubercule anatomique. Cela est d'ailleurs conforme aux résultats comparatifs des inoculations expérimentales pratiquées par diverses voies. Cependant la généralisation se fait dans un certain nombre de cas et montre que le pronostic doit être considéré comme grave.

Aussi doit-on chercher d'abord à éviter la tuberculisaiton des plaies opératoires, et pour cela pratiquer la désinfection des objets souillés par les crachats des tuberculeux et des instruments de chirurgie employés dans les opérations chez les tuberculeux.

Lorsque l'inoculation tuberculeuse est produite, on doit traiter les lésions cutanées qu'elle a déterminées par les moyens appropriés : cautérisation galvanique, applications iodoformées, ablation avec la curette ou le bistouri, etc.

VI. — Le zona est rare chez les phthisiques et survient de préférence dans la troisième période de la maladie. Dans la moitié des cas, il siège sur les parois thoraciques, mais il peut affecter d'autres parties du corps : région lombaire, membres, cou, face. On doit le distinguer du zona simple, maladie fébrile et cyclique à caractère infectieux, et le ranger dans la classe des éruptions secondaires à forme d'herpès. Le zona des phthisiques n'est pas dû à une inflammation du ganglion rachidien correspondant, mais parfois à une méningo-myélite tuberculeuse et plus souvent à une névrite parenchymateuse des nerfs périphériques.

VII. — Dans cette thèse, dont le titre ne répond pas exactement au sujet traité, l'auteur, après avoir fait remarquer que le zona double ou bilatéral est très rare, rapporte l'observation curieuse et absolument exception-

nelle d'une femme qui présentait, en même temps qu'un zona des 9^e, 10^e et 11^e espaces intercostaux, une éruption de vésicules d'herpès disséminées sur diverses parties du corps : côté droit de l'abdomen, partie antérieure des cuisses, seins, bras droit, commissure labiale gauche. Sans donner de ce cas une interprétation définitive, l'auteur pense cependant que le même agent infectieux qui se localise sur un tronc nerveux pour produire un zona, peut se diffuser dans l'économie, de façon à produire en même temps un herpès généralisé.

VIII. — L'auteur a réuni neuf observations de sarcomatose sous-cutanée, qu'il discute d'une manière approfondie et judicieuse. Il conclut de cet examen que la sarcomatose sous-cutanée ne constitue pas une maladie à part, mais rentre dans la classe des sarcomatoses multiples ou généralisées, dont elle est seulement une localisation spéciale : elle est, d'ailleurs, rare. Ces tumeurs sarcomateuses sous-cutanées peuvent être globo- ou fuso-cellulaires ou plus ou moins mélangées. Elles semblent être l'expression, non pas d'une diathèse, comme on le dit généralement, mais d'une infection par un micro-organisme encore inconnu, dont l'effet se manifeste par des productions dont la structure, la marche et la gravité ne sont pas identiques. Lorsque ces productions sont en majorité et surtout en totalité sous-cutanées, elles peuvent être facilement confondues avec la fibromatose ou la ladrerie. Le pronostic est variable : la régression et la cachexie ne sont pas constantes, mais celle-ci est beaucoup plus fréquente.

IX. — L'auteur n'admet pas que le maïs soit par lui-même la cause de la pellagre, mais pense qu'il la produit en tant qu'aliment insuffisant, dont l'usage amène un état de cachexie, de misère qui est toujours et dans tous les cas la cause de la pellagre. Aussi peut-on rencontrer celle-ci dans les maladies chroniques, dans l'alcoolisme, dans l'aliénation mentale qui agissent en produisant une déchéance générale. La pellagre n'est donc pas une maladie spécifique et elle peut être symptomatique d'affections très diverses. Les manifestations de la pellagre symptomatique sont les mêmes que celles qui ont été décrites pour la pellagre endémique ; ils consistent en dermatose, troubles intestinaux et accidents nerveux. L'action des rayons solaires sur les parties découvertes produit l'érythème ; mais elle n'est pas indispensable, car l'érythème survient aussi bien chez des malades qui sont restés à l'ombre.

X. — S'appuyant sur des observations recueillies dans le service de M. Tapret, l'auteur conclut que les diverses manifestations œdémateuses, circonscrites ou généralisées, qui ont été considérées comme produites par le rhumatisme, sont, ainsi que les manifestations articulaires rhumatoï-

des qui les accompagnent, sous la dépendance de la dilatation de l'estomac, et produites par l'intoxication chronique de l'organisme engendrée par cette dernière.

XI. — On a, dans ces dernières années, singulièrement abusé des dénominations dans lesquelles une maladie est désignée par le nom de l'auteur qui est considéré — à tort ou à raison — comme l'ayant le premier décrite; néanmoins, pour ce qui est de l'affection décrite par Morvan (de Lannilis), une telle appellation est absolument légitime, car ce distingué observateur a certainement, pour la première fois, signalé un remarquable syndrome clinique que les lésions anatomiques et les conditions étiologiques restées inconnues ne peuvent servir à désigner. L'auteur de la thèse que nous analysons ici a résumé avec soin, sans y ajouter de traits nouveaux, la description que M. Morvan a donnée de la parésie analgésique à panaris; nous n'avons pas à la reproduire une fois de plus. Il fait remarquer que, contrairement à ce que M. Morvan a soutenu, la scoliose n'a rien de particulier à la paréso-analgésie, mais peut s'observer dans d'autres affections du système nerveux central (tabès, acromégalie). Au sujet de l'étiologie, l'auteur ne signale aucun fait important. Quant aux lésions anatomiques, on ne possède non plus sur elles aucune donnée certaine; si l'on a parfois (Monod et Reboul) trouvé des lésions des nerfs périphériques, Czerny et Roth ont publié des faits semblables sous le nom de syringomyélie; il y a donc là matière à discussion. Cette thèse, consciencieusement écrite, se termine par la reproduction de toutes les observations connues de maladie de Morvan, dont deux (obs. de Hanot et obs. de Broca) ont pu être complétées par l'auteur.

XII. — L'auteur n'admet aucun rapport de causalité entre l'ecthyma ou l'impétigo et l'albuminurie: pour lui, les observations dans lesquelles on a signalé l'existence simultanée de ces dermatoses et de l'albuminurie n'ont trait qu'à des coïncidences fortuites et ont toujours été mal interprétées; d'après lui, l'ecthyma se rencontre quelquefois chez les brightiques, mais pas plus souvent que chez d'autres individus, et l'impétigo ne coïncide qu'exceptionnellement avec le mal de Bright. Ces conclusions sont basées sur dix-neuf observations d'ecthyma ou d'impétigo; dans un seul cas, il existait une albuminurie passagère. Quoi qu'en dise l'auteur, nous pensons que cette dernière observation est absolument contraire à l'opinion qu'il soutient. Nous n'avons pas à discuter ici cette question de l'albuminurie dans les dermatoses, mais nous ne croyons pas que la thèse de M. Donnadiou doive avoir un grand poids et parvienne à faire rejeter l'existence d'une relation de causalité qui, pour s'exercer rarement, n'en existe pas moins d'une façon indiscutable entre les dermatoses ulcéreuses et l'albuminurie.

XIII. — Les conclusions de cette thèse sont presque identiques à celles de la note de M. Gilbert sur le même sujet (voir *Annales de Dermatologie*, 1888, p. 361). Les vergetures du thorax s'observent dans différentes affections pleuro-pulmonaires, principalement dans la tuberculose pulmonaire, et la pneumonie franche, avec ou sans pneumothorax. Elles siègent sur le côté du thorax, opposé à la lésion et surtout en arrière. Elles se montrent exclusivement dans l'enfance et l'adolescence, de 1 à 20 ans. Elles sont parallèles aux espaces intercostaux, et sont dues à la distension du thorax par suppléance fonctionnelle du poumon sain. Leur apparition ne s'accompagne d'aucun phénomène douloureux, et c'est comme par hasard que le malade ou le médecin s'en aperçoit.

XIV. — Au point de vue de l'étiologie, l'auteur confond l'éléphantiasis nostras et l'éléphantiasis des pays chauds et déclare que la question est encore obscure, sans qu'on puisse décider s'il s'agit d'une maladie infectieuse ou d'une conséquence du développement de la filaire dans l'économie.

A la période d'accès, on a employé bien des traitements et le plus souvent avec des résultats peu satisfaisants. A la période de chronicité, on a essayé, presque toujours sans succès, des applications résolutives, irritantes, révulsives et caustiques, les scarifications, la compression. Malgré les résultats invraisemblables obtenus deux fois par la ligature de l'artère spermatique, c'est à l'extirpation qu'il faudra avoir recours. Lorsque l'intervention première a été suffisante, la récurrence est exceptionnelle : aussi doit-on pratiquer l'extirpation aussi large que possible, en conservant toujours les testicules, sauf dans les cas exceptionnels où ils présenteraient quelque altération.

XV. — Le traitement des ulcères variqueux par des pansements humides au sulfate de cuivre a, d'après l'auteur, été employé pour la première fois par M. Quénu en 1883. Bien que nous nous soucions peu personnellement des questions de priorité, nous ne pouvons laisser passer cette assertion sans remarquer que nous avons vu, dès 1880, notre regretté maître, le professeur Gosselin, mettre en usage ce traitement, non sans succès. M. Blanc vante la solution de sulfate de cuivre à 1 0/0, employée au moyen de compresses de tarlatane imbibées de cette solution recouvrant toute la portion malade du membre et renouvelées seulement tous les trois jours. Le pansement au sulfate de cuivre ne paraît avoir qu'une action excitante purement locale ; néanmoins c'est un des agents qui produisent le plus rapidement la cicatrisation des ulcères et qui semblent en amener la guérison la plus durable.

XVI. — Après avoir exposé les différents modes de traitement des vé-

gétations des organes génitaux externes de la femme, l'auteur conclut que le meilleur de ces modes est celui qui a été proposé par le professeur Le Fort et qui consiste à gratter les végétations avec un instrument mousse, de façon à extraire en même temps la végétation et sa racine, puis à cautériser légèrement avec le perchlorure de fer la surface d'implantation. L'opération doit être faite en une seule séance, et nécessite le plus souvent l'anesthésie locale ou générale; elle peut être faite même pendant la grossesse, mais elle est absolument contre-indiquée dans la période post-puerpérale.

XVII. — Cette thèse est surtout consacrée à l'étude de la résorcine employée à l'intérieur. L'auteur signale en quelques mots ses applications possibles en thérapeutique dermatologique : tricophytie, pemphigus, lèpre, ulcères variqueux et scrofuleux, cancroïde de la face; il en vante l'emploi contre les condylomes et contre l'eczéma généralisé ou partiel, sans indiquer les formes eczémateuses justiciables de ce traitement. S'appuyant sur des observations recueillies dans le service de M. Du Castel, il préconise l'emploi de la résorcine en injections à 30/0 dans la blennorrhagie et déclare que, dans ces cas, la résorcine a donné des guérisons, des améliorations rapides et jamais d'aggravation.

XVIII. — Sous le nom de syphiloïdes post-érosives, M. Jacquet décrit la dermatose qu'il a déjà étudiée sous la dénomination d'érythème papuleux fessier post-érosif (Voir *Annales de Dermatologie*, 1886, p. 444). Il complète dans sa thèse son premier mémoire sur ce sujet, dont il a poursuivi l'étude pendant son internat dans le service de M. Sevestre.

Il s'agit d'une éruption que Parrot avait d'abord décrite sous le nom d'érythème papuleux et qu'il rapporta plus tard à la syphilis, l'appelant syphilide lenticulaire. M. Jacquet a vu, du jour au lendemain, les érosions consécutives aux vésicules de l'érythème infantile simple prendre l'apparence papuleuse; mais, en réalité, il ne s'agit que de pseudo-papules résultant du bourgeonnement dermique et non d'une infiltration du derme comme les véritables papules: ces pseudo-papules peuvent être lenticulaires, arrondies, lisses, ou à bords un peu surélevés, à centre déprimé et suintant. Ces pseudo-papules siègent, comme l'érythème lui-même, de préférence et par ordre décroissant de fréquence et de dimensions, à la région fessière, sur la convexité des régions crurale et jambière postérieure, sur la base du scrotum et la partie inférieure des grandes lèvres, exceptionnellement aux régions inguinale et crurale antérieure, à la marge de l'anus, etc.

Ces lésions peuvent simuler les principaux aspects des syphilides papuleuses: d'où le nom de syphiloïdes que propose M. Jacquet, qui rejette le nom d'érythème papuleux à la fois parce qu'il ne s'agit pas de papules,

mais de pseudo-papules et parce que cette expression prêterait à la confusion avec une des formes de l'érythème polymorphe.

Elles sont plus fréquentes chez les enfants vigoureux et s'observent de l'âge de 2 mois à celui de 15 mois. Leur durée ne dépasse guère une à deux semaines, mais il peut se produire des poussées successives.

XIX. — Depuis l'époque où C. Hawkins a signalé, pour la première fois, cette complication des cicatrices, de nombreuses observations ont montré que le développement de l'épithélioma n'était pas rare sur es cicatrices. Il s'agit là d'un fait aujourd'hui connu de tous, bien qu'il soit encore passé sous silence par plusieurs auteurs classiques; néanmoins, un certain nombre de points de l'histoire de cette forme d'épithélioma ne sont pas nettement mis en lumière par les travaux publiés sur ce sujet. L'auteur de cette thèse, se basant sur l'étude de 90 observations, dont 16 inédites, a pu en donner une description assez complète.

Cette complication s'observe presque toujours chez des sujets au-dessus de 40 ans, porteurs de cicatrices datant de longues années, le plus ordinairement de 20 à 60 ans; lorsque les cicatrices sont relativement récentes, il s'agit ordinairement de cicatrices consécutives à des lésions de longue durée (fistules ossifluentes, cautères à demeure). Toutes les cicatrices, quelle que soit leur cause, peuvent devenir le point de départ d'un épithélioma, celui-ci est cependant particulièrement observé sur les cicatrices des brûlures, et surtout des brûlures étendues ou profondes et de cicatrisation difficile, sur les cicatrices des plaies contuses graves, sur celles des plaies par armes à feu, sur la cicatrice ombilicale; on peut néanmoins l'observer sur les cicatrices les plus minimes et les plus régulières, celles des amputations, celles même de simples coupures rectilignes. L'épithélioma des cicatrices peut se rencontrer dans toutes les régions, mais spécialement sur le bras, l'avant-bras, la main, la cuisse, le pied, et plus souvent encore au niveau de l'ombilic et surtout de la jambe.

Les irritations locales (tiraillements, ruptures, déchirures, éraillures, frottements, chocs) ont une grande importance dans la production de l'épithélioma, en favorisant l'ulcération de la cicatrice: celle-ci est rendue facile encore par la situation de la cicatrice à la face externe des membres, au voisinage d'une articulation ou d'une surface osseuse. Par opposition à l'influence capitale des causes locales, celle de l'hérédité cancéreuse est à peu près nulle et n'est notée que dans 2 cas sur 90.

Le début de l'épithélioma est constitué soit par le développement de petites exulcérations humides, suintantes, parfois saignantes, qui se réunissent les unes aux autres pour former l'ulcération proprement dite, soit par la production d'une petite papule ferme et résistante,

d'apparence verruqueuse, puis bientôt rosée et humide et ne tardant pas à s'ulcérer à son sommet, soit par une tuméfaction en masse avec induration douloureuse de la cicatrice, dont la surface s'ulcère et les bords se renversent en dehors, soit encore par l'extension d'une solution de continuité qui ne s'était pas complètement réparée (fistule, etc.), et dont les bords prennent bientôt l'apparence épithéliomateuse.

A la période d'état, l'épithélioma peut offrir la forme ulcéreuse ou la forme papillaire, dont les caractères sont les mêmes que dans l'épithélioma développé sur la peau saine; il a une grande tendance à s'étendre plus en surface qu'en profondeur, et ne présente que des végétations fongueuses peu développées. Contrairement à l'opinion de Follin et de Terrier, la forme ulcéreuse paraît être plus fréquente que la forme papillaire.

La marche de la lésion est toujours progressive, mais lente, plus lente encore que celle du cancroïde de la peau saine.

Le système ganglionnaire est indemne, pendant un temps assez long; néanmoins, il peut être atteint et la généralisation avoir lieu.

Les symptômes fonctionnels (douleurs spontanées ou provoquées, hémorrhagies) sont rares ou peu prononcés. L'état général se conserve bon pendant longtemps; mais il peut survenir des phénomènes de cachexie.

En dehors de l'ulcération simple des cicatrices qui peut simuler l'épithélioma au début, le diagnostic de celui-ci est facile avec les diverses complications des cicatrices (hypertrophie simple, chéloïde, dégénérescence tuberculeuse, syphilides).

Malgré la lenteur de la marche, l'absence des symptômes fonctionnels et le peu de fréquence de la généralisation ganglionnaire, le pronostic de cette affection reste sérieux: environ 1 mort pour 3 guérisons. Le pronostic paraît plus grave pour les lésions de la face ou de l'ombilic que pour celles des membres. Les récidives locales s'observent quelquefois, les récidives à distance sont très rares.

La pathogénie de l'épithélioma des cicatrices reste très obscure. Il semble cependant qu'il soit dû à la prolifération exagérée, sous l'influence d'une irritation, des cellules épidermiques de la cicatrice, lesquelles bourgeonnent dans la profondeur des tissus: les cellules épidermiques de la cicatrice étant moins adhérentes et ayant subi une évolution physiologique incomplète, les éléments résultant de leur prolifération ne présentent pas l'évolution cornée complète.

Le traitement consiste dans l'ablation de la tumeur, pratiquée très largement, et en même temps dans l'ablation des ganglions correspondants pour peu qu'ils laissent soupçonner le plus léger degré de dégénérescence secondaire.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, écrit par le professeur GIUSEPPE PROFETA, pour les médecins exerçants (Palermo, 1888).

Un ouvrage nouveau de M. Profeta, un grand ouvrage, un traité complet des maladies vénériennes, où se trouve résumée la longue pratique du maître.

Depuis de nombreuses années, le monde syphilitique connaît le professeur de Palermo; on lit ses travaux, on suit ses discussions, on s'intéresse aux polémiques passionnées dont il sait animer son enseignement, et le livre d'aujourd'hui, digne pendant du beau *Traité de Dermatologie*, était impatientement attendu.

C'est un compact volume de 1,140 pages, d'une clarté typographique remarquable et pourvu d'index multiples qui facilitent au plus haut point les recherches pour l'érudit et pour le praticien.

Que dire de la manière de l'auteur qui ne soit connu déjà? Chacun sait que, si Profeta est avant tout un clinicien, ce n'est pas qu'il se désintéresse des questions de théorie pure, ni qu'il fasse fi de l'érudition et de la bibliographie. Mais il nourrit je ne sais quelle rancune contre le parasitisme et ses microbes; et s'il les étudie, s'il les reconnaît, comme les gonocoques, par exemple, qu'un aveugle seul peut nier, c'est pour les tenir à distance et leur refuser toute spécificité. « Acceptez ma proposition, écrit-il à l'adresse de Neisser et de ses adeptes, je vous fournirai des pus de sources diverses, des pus uréthraux, cela va sans dire, et je vous mets au défi de préciser quels proviennent de blennorrhagies gagnées par contagion, quels autres reconnaissent une origine purement inflammatoire. » Mais sont-ce bien là les termes du défi que justifieraient les prétentions des bactériologistes? Je ne le pense pas, car plus les observations se multiplient, et plus il devient évident qu'il n'y a pas *une*, mais plusieurs blennorrhagies microbiennes, celle-ci produite par des coccus, telles autres bacillaires; et que si la première est éminemment contagieuse et virulente, il est infiniment probable que parmi les autres, à degrés divers peut-être, les mêmes propriétés se retrouveront. Que M. Profeta nous fasse crédit de quelques années, et nous donne le temps de les distinguer toutes, avant de lui présenter le cadre des maladies locales et générales à écoulements uréthraux. Et que surtout, contre l'individualité du gonocoque, il ne s'arme pas de la carence d'icelui dans les balanoposthites, puisque, à l'école de Palermo elle-même, nous devons, grâce aux travaux de Mannino, la connaissance du microbe pathogène inséparable de cette phlogose bacillaire.

Deux mots maintenant sur l'érudition qui LE distingue. S'il est rare qu'un auteur très personnel soit fort au courant de ses contemporains, on peut dire que Profeta fait exception et qu'il compte parmi les écrivains les plus renseignés. Il y apporte même du raffinement. Avec quel art scrupuleux ne va-t-il pas s'attarder à préciser une date, à établir une succession chronologique de noms propres ou de faits en apparence négligeables. Que quelqu'un se méfie alors, car c'est une priorité qu'il va battre en brèche, un demi-dieu

qu'il cherche à renverser. Et malheur à ses ennemis ; Profeta est de ceux qui n'oublient pas, et pour qui la vengeance, même refroidie, est encore pleine d'attraits. De là, des pages entières qui sentent le salpêtre, et attestent les querelles qui divisent encore, chez nos ardents voisins, la famille de Francastor. Au reste, ce sont bien là dissensions intestines, car la courtoisie et la générosité même reparaissent en ces pages élégantes à l'égard des collègues étrangers, parmi lesquels les Français tiennent la meilleure place. L'auteur se souvient des jours passés à Paris, des leçons de nos vieux maîtres, de l'accueil fait à ses travaux et laisse courir sa plume au gré de l'amitié.

C'est en dilettante qu'il convient, et qu'il nous plait d'examiner l'ouvrage d'un tel artiste ; nous ne retiendrons donc le lecteur que sur les points de controverse où la personnalité de l'auteur se donne carrière.

Un premier étonnement que nous réservait cet ouvrage est certainement le plaidoyer qui s'y développe en faveur de la *syphilis sans chancre* ou *syphilis d'emblée*. Il va sans dire que la cause ne serait plus à plaider, si les rénovateurs de cette vieille idée, parmi lesquels Kaposi et Neisser, pouvaient l'appuyer d'exemples indiscutables. Mais il n'en est rien ; les faits de Gamberini, ceux même de Galigo sont repoussés comme suspects, et les théoriciens en sont réduits à soutenir que la possibilité du fait est physiologiquement acceptable. C'est vraiment ce dont nous n'avons cure et nous continuerons à demander et, je le crains bien, à attendre une preuve clinique.

Bien des pages intéressantes sont consacrées à l'étiologie et au chancre syphilitique. A l'*incubation du chancre*, il assigne une durée variable : de 10 à 15 jours, quand la contamination a été produite par un chancre induré ; de 18 à 28, quand elle reconnaît pour origine un accident secondaire. Les prédispositions individuelles ne sont pas non plus sans influence, puisque des jeunes gens infectés, le même jour, à la même source, peuvent présenter les premières manifestations du syphilome à échéances diverses. — *Le pouvoir contagieux des sécrétions spécifiques* lui paraît démontré par les considérations suivantes : 1° le caractère syphilitique que prennent assez souvent les lésions traumatiques de nos malades ; 2° les cas de chancres mous développés sur des vérolés à la période secondaire et qui, par inoculation, communiquent les deux virus ; 3° les observations de syphilis transmise par le fluide blennorrhagique de sujets syphilitiques, lesquelles, mal interprétées autrefois servaient d'argument aux identistes ; 4° les dangers de l'*inoculation de la lymphé vaccinale*. — Sur ce dernier point, il professe une opinion différente de celle qui a cours aujourd'hui, et d'après laquelle la lymphé serait indemne et le sang seul coupable. Et il faut avouer que les arguments qu'il invoque ne sont pas sans valeur : 1° les cas de syphilis vaccinale très nombreux se produisant avec une redoutable facilité, tandis que l'inoculation positive du sang n'a été obtenue que rarement sur un bon nombre d'expériences ; 2° les expérimentateurs n'ont réussi qu'en inoculant le sang frais sur une large surface dénudée ; les vaccinateurs, au contraire, ponctionnent, et, souvent, c'est du virus en plaques, desséché depuis des jours ou des semaines, qui a servi de véhicule à la syphilis ; 3° l'infection consécutive à l'inoculation par le sang est bénigne, tandis que la vaccinale est généralement grave. La contradiction signalée en dernier lieu est à mon avis cependant plus apparente que réelle, et trouve aisément son explication dans la multiplicité des syphilomes vaccinaux, qui constituent autant de sources pour la production du virus et elles aggravent d'autant l'infection.

Bien placé pour l'observer, il a vu la *lèpre* et la *syphilis* se combiner, loin

que la première soit à l'égard de l'autre une raison d'innocuité et il en cite des exemples. Il a vu l'hybride *syphilo-cancer* dans des conditions qui méritent d'être rapportées : Un jeune homme présente un chancre du gland, et, peu après, roséole, plaques, alopecie; mais à peine le chancre est-il cicatrisé qu'il s'ulcère à nouveau, résistant à toute médication pendant plusieurs mois, au bout desquels il prend les caractères du cancer, produit des ravages énormes, cause des douleurs épouvantables et finalement entraîne la mort. Je ne sache pas qu'il ait jamais été publié d'observation plus frappante, et surtout à cette hâtive période de la maladie.

A titre de rareté, mentionnons aussi le cas d'un robuste jeune homme, dont un chancre compliqué de *phagédénisme* entraîna la mort par infection purulente. Et ne terminons pas cette nécrologie, sans y relater un exemple terrible de réinfection au bout de 18 ans : le malade, un officier supérieur, avait été soigné, en 1862, à Florence, par Pellizzani, qui put fournir tous les détails de la première vérole, ce qui n'empêcha pas ce malheureux de contracter, en 1880, auprès d'une femme elle-même atteinte d'une vaste ulcération primitive, un chancre reconnu infectant par Profeta. Avec une rapidité vertigineuse, survint un envahissement gommeux de la peau et du tissu cellulaire, puis compression cérébrale et mort subite.

J'ai hâte d'arriver à la partie thérapeutique. Et tout d'abord que pense-t-il de l'excision chancreuse? En 1882, à la page 326 du volume III des *Annales*, j'écrivais les lignes suivantes : « M. Profeta se prononce contre l'excision, et reste en cela logique avec les idées théoriques qu'il se fait de cet accident. Cependant il ajoute, après avoir analysé tous les documents parus pendant ces dernières années : je n'entends pas nier d'une façon absolue que quelquefois l'extirpation de l'ulcère ne puisse prévenir l'infection générale. Eh! que disent autre chose les extirpateurs? Votre adhésion leur est précieuse, mon cher Profeta, et ils espèrent bien qu'elle sera plus complète quand paraîtra votre *Traité des maladies vénériennes*. » Six ans se sont écoulés, et notre ami n'a garde de manquer au rendez-vous, mais il y apporte le même scepticisme, scepticisme qui n'est pas, qui ne saurait être formelle dénégation, puisque les cas heureux sont là, mais qui se bute à la question de doctrine. Et me prenant à partie : « Non, mon très cher ami, accorder à la nature le droit de suspendre une loi générale pour produire quelque rare curiosité scientifique, ce n'est point dire qu'il faille accepter comme règle ce qui n'est qu'une exception; et les méthodes thérapeutiques ne peuvent avoir chance de durée qu'autant qu'elles s'appuient sur les principes généraux de la pathologie. » Ce ne sera pas prolonger une discussion, dans laquelle tout a été dit, que de maintenir nos espérances en une méthode à peine née d'hier. Une exception dans l'ordre des choses naturelles, cela n'existe pas; ce que nous appelons tel est l'indice de l'ignorance où nous nous trouvons. Voilà pourquoi notre thérapeutique est bolteuse, qui s'appuie sur le code d'une pathologie générale, qui n'a jamais été que l'histoire de nos erreurs. Cherchons donc dans la voie nouvelle, et qui sait si bientôt nous ne pourrions pas répondre en toute sécurité au défi qu'il nous porte, et que notre cher Profeta serait inconsolable de nous voir relever aujourd'hui : « Puisque vous croyez à l'efficacité de l'exérèse, inoculez-vous la syphilis, et quand le chancre apparaîtra, excisez-le. » Ce que nous pouvons néanmoins affirmer sans plus tarder, c'est la parfaite exagération avec laquelle les médecins ont toujours parlé de cette opération minuscule et de ses prétendus dégâts. Rien n'est plus facile pour un chirurgien que d'obtenir, par les moyens qui lui sont fami-

liers, une réunion primitive complète, sans suppuration, ni induration, et certainement dans l'immense majorité des cas, sans cicatrice apparente.

Pour ce qui est du *traitement mercuriel*, voici l'opinion qu'il formule : « J'ai pu me convaincre que, si l'on donne précocement le mercure ou l'iodure de potassium, la syphilis se montre presque toujours légère dans tout le cours de la période secondaire; j'ai aussi noté que, le plus souvent, on retarde l'apparition des phénomènes secondaires, non pas de 6 jours, comme le veut Diday, mais de plusieurs semaines, parfois de 2 et 4 mois; dans deux cas, ils se sont fait attendre 12 et 13 mois. » C'est dire que la cure préventive est préconisée dans presque tous les cas. A son défaut, les secondaires sont toujours, et si légers qu'ils soient, considérés comme indiquant formellement l'administration des spécifiques. Il faut prendre pour guide le critérium des effets utiles et des effets nuisibles, commencer par de petites doses, et les maintenir telles si elles produisent une amélioration, les augmenter dans le cas contraire. Survient-il quelque phénomène d'intolérance, c'est en faisant la balance du bien que l'on espère et du mal que l'on produit qu'on se déterminera. La durée du traitement n'est soumise à aucune règle fixe, le précepte qu'il donne est de le poursuivre tant que durent les manifestations syphilitiques, c'est-à-dire quelques semaines dans les cas très légers, quelques mois dans un autre, deux ou trois ans dans les cas graves et rebelles. Pour en étudier l'influence sur le *décours* du mal, il a, chez bon nombre de patients, poursuivi la cure pendant plusieurs mois après la cessation des accidents; mais les rechutes ne se sont montrées ni moins graves, ni moins précoces, ni moins fréquentes. *Chez les gravides*, il faut, avec prudence, mais il faut, de toute nécessité, pousser jusqu'au terme, sous peine de voir, comme chez une femme dont l'observation est rapportée, l'état général amélioré par 3 mois de mercure s'aggraver jusqu'à la naissance d'un petit moribond couvert de manifestations syphilitiques.

Autres préceptes bons à retenir : Quand une cure mercurielle doit durer longtemps, on fera bien de la suspendre de temps à autre, pendant quelques jours, pour éviter l'hypoglobulie, et de donner dans cet intervalle l'iodure de potassium et le fer. Quand elle est terminée, il est indiqué de favoriser l'élimination du médicament soit par l'iodure de potassium (1 gramme par jour), soit, mieux encore, par le soufre (magister de soufre, 4 prises par jour de 10 centigrammes).

Je voudrais examiner un à un les chapitres du maître dédiés à la syphilis des organes, montrer et les arguments dont il soutient la *spécificité du tabes* constamment observé par lui chez des syphilitiques, dont on guérit, grâce à sa thérapeutique, et le lien qui réunit les diverses *psychopathies* : manie, monomanie (syphilophobie, mercuriophobie, délire des grandeurs), mélancolie, asthénie cérébrale et démence. Notons en passant que, contrairement à une opinion récemment émise en Angleterre et en France, les cas de syphilose cérébrale observés à Palerme ont très généralement dérivé d'une infection primitivement grave, parfois même maligne, galopante. Que ne puis-je m'arrêter longuement au beau chapitre : *Syphilis du système circulatoire* ! C'est désormais en ces pages qu'une telle question sera recherchée par qui voudra mûrir et la doctrine et la pratique des cardiopathies. Car où trouver plus probante observation que celle de ce charpentier qui, 13 mois après le chancre, fut pris de palpitations avec petitesse du poulx, dyspnée et lipothymie, lesquelles firent porter la diagnose de gomme du cœur, heureusement confirmée par une guérison vite obtenue. Et ne croyez pas qu'il soit

facilement enclin à ces généralisations que le maître Ricord qualifia d'annexions. « Je voudrais, écrit-il, convaincre les médecins de cette vérité que les maladies cardiaques vulgaires étant très fréquentes, et les syphilitiques très rares, on doit s'avancer avec des pieds de plomb avant de se prononcer sur une cardiopathie syphilitique, à peine de s'exposer à mériter les épithètes de présomptueux, léger ou pis encore. » Puis vient la série des atteintes portées au sang même, l'oligémie, la cachexie spécifique, l'hémoglobinurie paroxystique et la fièvre, dont le diagnostic, qui offre une telle importance en ces pays paludiques, est compendieusement traité.

Il faut me borner, et je n'ai point parlé des chapitres consacrés à la *syphilose de la peau et des muqueuses*, ni de la quatrième partie de l'ouvrage où se trouve exposé « le *processus syphilitique congénital* », ni de l'appendice : « *prophylaxie des maladies vénériennes*. » En cette dernière partie de l'ouvrage, l'auteur réclame une visite corporelle de tout homme entrant dans une maison de tolérance, proposition maintes fois formulée déjà, mais si parfaitement équitable qu'elle était vouée d'avance au plus complet insuccès. Diday a épuisé, pour la soutenir, ses meilleurs arguments, et quels arguments ! Il me semble ouïr sa dialectique pressante : « Un homme malade sait toujours qu'il est malade ; prévenus par la voix publique, les habitués de ces établissements n'iraient pas sciemment braver l'affront de n'y être pas reçus. Quelque discrète que soit l'épreuve qui l'attend à l'entrée, le plus effronté libertin de lui-même reculera s'il se sent incapable d'en sortir à son honneur. On a beau être cuirassé contre la honte, on y regarde à deux fois avant de se faire mettre à la porte d'un b. . . . (1). » L'administration devait rester sourde. Mais voici qu'une ère de liberté va s'ouvrir pour la prostitution italienne ; gageons qu'à défaut de la garantie officielle, les tenanciers ne tarderont guère à se réclamer d'une hygiène mieux entendue, et demanderont à cette mesure prophylactique la sauvegarde de leurs intérêts.

L. JULLIEN.

(1) *Exposition des nouvelles doctrines sur la syphilis*, par DIDAY (1858, p. 529).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

LISTE PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS DES MÉMOIRES ANGLAIS ET AMÉRICAINS PARUS EN 1887 QUI N'ONT PAS ÉTÉ ANALYSÉS OU QUI NE SERONT PAS ANALYSÉS DANS LES ANNALES.

A

Aikman. — Exemples de maladies syphilitiques du système nerveux (*Glasgow med. Journal*, oct. 1887).

Allbutt. — Syphilitic coma (*Leeds and West riding med. chir. society*, 4 mars 1887. — Voir *British med. Journal*, 19 mars 1887, p. 625).

Allen. — Epithélioma de la face et du nez peut-être survenu sur un lupus (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, janv. 1887, p. 20).

Allen. — Tumeur périurétrale chez un syphilitique (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juin 1887, p. 224).

Allen. — Papillome de la lèvre supérieure (*New-York dermatol. society*. — *Journal of Cutaneous and genito-urinary diseases*, juin 1887, p. 225).

Allen (Ch. W.). — Observations pratiques sur le gonococcus et sur la méthode de Roux pour le déceler (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, n° 3, p. 81, 1887).

Allen (H. N.). — Dermatitis from Rhus vernix (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, n° 4, janvier 1887, p. 27).

Anderson (M. Call.). — Traité des maladies de la peau (*Charles Griffith and Co.*, 1887, London).

Ashby. — Syphilome du cœur. — Mort subite (*Pathol. soc. of Manchester*. — *The British med. Journal*, 19 nov. 1887, p. 1108).

Atkin. — Elephantiasis Arabum (*Sheffield med. chir. Society*, 9 déc. 1886. — V. *British med. Journal*, 1^{er} janv. 1887, p. 17).

Atkinson. — Rubéole (*The American Journal of the med. Sciences*, janvier 1887).

Atkinson (J. E.). — Etude clinique de l'érysipèle chez les enfants (*The med. Record*, 12 nov. 1887, p. 618).

B

Bailey (John H.). — Unguentum belladonæ in rhus poisoning (*Journal of cutaneous and gen. uri. dis.*, janv. 1887, p. 27).

- Bain. — Leucoderma (*Clinical society of Manchester*, 15 nov. 1887. — V. *British med. Journal*, 17 déc. 1887, p. 1339).
- Balmanno Squire. — *Diseases of the skin*, in-12, 1887, p. 194.
- Balmanno Squire. — Le lupus érythémateux, in-4°, Londres, 1887.
- Baron (J. Barelay). — Cause insolite de pigmentation de la peau par le nitrate d'argent (*British med. Journal*, p. 881, 22 oct. 1887).
- Battle. — Maladie des os dans la syphilis congénitale associée au rachitisme (*Pathol. soc. of London*, 17 mai 1887. — V. *The British med. Journal*, 21 mai 1887, p. 1099).
- Beale Clifford. — Gangrène symétrique des extrémités (maladie de Raynaud (*The British med. journal*, 2 avril 1887, p. 730).
- Beatty Wallace. — Pityriasis Rubra (*Académie de médecine d'Irlande*, 27 mai 1887).
- Beevor. — Myxœdème (*Société de médecine de Londres*, 28 nov. 1887).
- Bellamy (Edward). — Maladie de Raynaud consécutive à la varicelle chez un enfant âgé de quatre ans. Mort au 4^e jour (*Clinical society of London* 1^{er} avril 1887. — V. *The British med. journal*, 9 avril 1887, p. 780).
- Biart (C. M. G.). — Dégénérescences malignes des moles et des autres tumeurs (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, n° 3, p. 102, 1887).
- Black (Robert). — Quelques suites de la blennorrhagie (*Brighton and Sussex society*, 6 octobre 1887. — V. *The British med. journal*, 22 octobre 1887, p. 887).
- Bloom. — Injections sous-cutanées de calomel dans le traitement de la syphilis (*The american pract. and news*, 19 fév. 1887).
- Boardman. — Traitement des fissures du mamelon (*Boston med. and surgical journal*, p. 379, n° 16, 1887).
- Bourne. — Deux cas d'ichthyose hystrix (*Medical society of London*, 22 fév. 1887).
- Bramwell. — Syphilis cérébrale (*Edinburgh med. chir. society*, 1^{er} juin 1887 et 6 juillet 1887).
- Brewer. — Quelques observations sur les traitements récents de l'uréthrite (*Journal of cutaneous and gen. urin. dis.*, mai 1887, p. 170).
- Brodnax. — Belladonna in the treatment of Rhus poisoning (*Journal of cutaneous and gen. urin. dis.*, janv. 1887, p. 28).
- Bronson (E. C.). — Etude des considérations qui ont trait à la classification des maladies de la peau (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, oct 1887).
- Bronson. — Dermate exfoliatrice consécutive au psoriasis (*New-York dermat. soc.*, 175^e meeting. — V. *Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 470, déc. 1887).
- Bronson. — Cas de pigmentation anormale (*New-York dermat. soc.*, 175^e meeting. — V. *Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 471, déc. 1887).
- Brooke. — Syphilis héréditaire chez un adulte de 45 ans (*Clinical society of Manchester*, 15 nov. 1887).
- Brooke. — Nouveau traitement de l'eczéma rebelle (*The British med. journal*, 30 juillet 1887, p. 238).

Bulkeley (L. D.). — Notes cliniques sur le pruritus (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, déc. 1887, p. 559).

Bulkeley (L. D.). — Cas de fibrome multiple de la peau et molluscum fibrosum multiple (*New-York dermat. society*, 175^e meet. — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 471, déc. 1887).

Burke. — Anthrax in India (*Veterinary journal*, février 1887).

C

Callender (Eustace). — Cas de macroglossie (*Harveian society of London*, 19 mai 1887).

Cant. (W. E.). — De l'induration primitive de la syphilis chez la femme (*Royal med. and surg. society of London*, 1887, février).

Chace (H. P.). — De la résorcine dans l'eczéma (*Therapeutic Gazette*, n° 11, p. 755, nov. 1886), et *Practitioner*, janvier 1887).

Chicken. — Lupus (*Nottingham med. chir. society*, 4 fév. 1887).

Clak. — Les soins à donner à la peau (*The amer. med. Pract. and News*, 8 janv. 1887).

Clarke (Bruce). — Complications de la blennorrhagie (*Saint Barthol. Hospital Reports*, vol. XXII).

Clary (Hogarth). — Leucoderma associé à la maladie de Graves (*South Devon and East Cornwall Hospital Plymouth*. — *The British med. journal*, 17 sept. 1887, p. 624).

Clutton. — Synovite symétrique du genou dans la syphilis héréditaire (*The Lancet*, 27 fév. 1887).

Coates. — Traitement de la syphilis (*Manchester med. society*, 16 mars 1887).

Cottle (Wyndham). — Des emplâtres dans le traitement des affections de la peau (*British med. journal*, p. 121, 16 juillet 1887).

Costa (J. M. da). — Leçon sur un cas de syphilis cérébrale avec glycosurie, mort par phthisie aiguë et coma diabétique (*Philad. med. Times*, 22 janvier 1887).

Cripps (Harrison). — Pemphigus guéri par l'application d'oléate de mercure (*The British med. journal*, p. 211, 29 janv. 1887).

Crocker (H. Radcliffe). — Nouveau traitement de l'eczéma rebelle (*British med. journal*, 9 juillet 1887, p. 66).

Crocker (H. Radcliffe). — Dermatite gangréneuse des enfants (*Société royale de méd. et de chir. de Londres*, 1887).

Curtin (G. Roland). — Influence de l'air de la mer sur la phthisie syphilitique (*Philad. med. Times*, 1^{er} déc. 1887, p. 139).

Curtis (Farquhar B.). — Parotidite compliquant la blennorrhagie (*New-York med. journal*, 26 mars 1887, p. 346).

D

Dally (Edward O.). — Eruption produite par l'antipyrine (*British med. journal*, 15 janv. 1887, p. 111).

Date (Horton W.). — Cas de kératose palmaire et plantaire héréditaire (*The British med. journal*, 1^{er} octobre 1887, p. 718).

Davis (K. B.). — Malformations dentaires et leurs conséquences (*Journal of the amer. med. Association*, p. 647, 19 nov. 1887).

Drewitt. — Traitement du lupus par l'acide salicylique et le raclage (*Société clinique de Londres*, 27 mai 1887).

Duckworth (Dyce). — Psoriasis associé au rhumatisme et passé à l'état de pityriasis rubra (*Clinical society of London*, 1^{er} avril 1887).

Duhring (L. A.). — Deux cas d'impétigo simplex typiques (*American dermat. associat.*, 1887. — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, déc. 1887, p. 480).

Duhring (L. A.). — Diagnostic de la dermatitis herpetiformis (*American dermat. associat.*, 1887).

Duhring (L. A.). — Cas de distribution linéaire unique de lésions cutanées de nature inconnue (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, n° 4, p. 121, avril 1887).

Dunlap (W. A.). — Etude critique d'une étude clinique sur l'ichthyol et la résorcine (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, septembre 1887, p. 341).

E

Eales. — Rodent ulcer (*Midland Society*, 1887. — *V. British. med. Journal*, 5 nov. 1887, p. 998).

Edson. — Tumeur gommeuse du cerveau (*Med. Report*, 26 mars 1887).

Elliot. — Cas de nævus vasculosus (*New-York, dermat. Society*, 175^e meeting. — *V. Journal of cut. and gen. urin. diseases*, déc. 1887, p. 473).

Elliot. — Cas de lichen planus (*New-York dermat. Soc.* — *V. (Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 226, juin 1887).

Elliot. — Affection trophoneurotique des ongles (*New-York dermat. Soc.* — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, may 1887, p. 186).

Elliot. — Cas de syphilide papuleuse à localisation étrange (*New-York dermat. Soc.*, 175^e meeting. — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, décembre 1887, p. 472).

Elliot. — Double zoster (*New-York dermat. Soc.* — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, août 1887, p. 311).

Elliot. — De l'ichthyol (*The med. Record*, 19 mars 1887, p. 321).

Ensor (C.). — Pigmentation rapide de la conjonctive par le nitrate d'argent (*The British med. Journal*, 17 déc. 1887, p. 1329).

Eve. — Papillome unilatéral diffus de la langue (*Pathol. soc. of London*, 4 janv. 1887. — *V. British med. Journal*, 8 janvier 1887, p. 64).

F

Fox (G.-H.). — Forme insolite d'eczéma des lèvres (*New-York derm. Soc.* — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 225, juin 1887).

Fox (Fortesem.). — Observations sur l'étiologie de l'eczéma (*The British med. Journal*, 23 avril 1887, p. 875).

Fox (Colcott). — Lichen annulatus serpiginosus (*The British med. Journal*, 1887, p. 60).

Freeman (William). — Infiltration syphilitique de la trachée et du poulmon (*The British med. Journal*, 2 avril 1887, p. 731).

G

Gairdner (W.-T.). — Expériences sur la lèpre. La lèpre est-elle transmissible par la vaccination? (*The British med. Journal*, 11 juin 1887, p. 1269).

Garnett (A.-S.). — Quelques observations pratiques sur le traitement des dernières manifestations de la syphilis (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, juillet et août 1887, p. 276 et 307).

Glasgow (W.-C.). — Cas de leucoplakia buccalis. Guérison. (*New-York med. Journal*, 22 oct. 1887, p. 461).

Gould (Peace). — Production cornée sur le pénis (*Pathol. soc. of London*, 15 fév. 1887).

Grattle. — Contribution à l'histoire clinique de la syphilis (*Journal of the am. med. associat.*, 18 juin 1887).

Graham-Balfour. — Langue noire (*British med. Journal*, 8 janv. 1887, p. 61).

Green Withers. — Anévrysme et syphilis (*Pathol. Soc. of London* (4 janvier 1887. — *V. British med. Journal*, 1887, p. 64).

Greenough. — Fréquence comparative du chancreide (*American association of genito-urinary surgeons*, 1887. — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, juillet 1887, p. 267).

Greenough (F.-B.). — Notes cliniques sur la pityriase (*Boston med. and surg. Journal*, n° 20, 17 nov. 1887, p. 469).

H

Handfield Jones. — Myxœdème (*Harveian Society.* — *V. British med. Journal*, 5 nov. 1887, p. 997).

- Handford. — Pemphigus, pigmentation arsenicale (*British med. Journal*, 22 oct. 1887, p. 883).
- Harlingen (Van). — Note sur trois cas de lèpre (*Journal of the American med. assoc.*, 19 nov. 1887, p. 667).
- Hartley (Frank). — Rhumatisme blennorrhagique chez la femme (*New-York med. Journal*, 2 avril 1887, p. 376).
- Hitchcock. — Infiltration gommeuse de la langue (*New-York med. Journal*, 5 février 1887, p. 151).
- Holden (Edgard). — Un cas de gomme du larynx (*New-York med. Journal*, 29 janv. 1886, p. 126).
- Holmes (E.-L.). — Chancre de la paupière (*Chicago med. Soc. — V. The Journal of Americ. med. assoc.*, 23 avril 1887, p. 466).
- Hutchinson. — De la syphilis avec 8 chromolithographies, in-12, 520 p., Londres, 1887).
- Hutchinson (Jonathan). — Xanthelasma des paupières (*West London med. chir. Society*, 1^{er} avril 1887).
- Hutchinson (J.). — Maladies des ongles (V. *The British med. Journal*, 7 mai 1887, p. 984).
- Hutchinson (J.). — Cicatrices linéaires de la peau (*The British med. Journal*, 7 mai 1887, p. 985).
- Hutchinson (J.). — Etat voisin de la maladie de Raynaud (*The British med. Journal*, 28 mai 1887, p. 1149).
- Hutchinson (J.). — Exemple d'hyperthrophies papillaires de la langue (*The British med. Journal*, 28 mai 1887, p. 1149).
- Hutchinson (J.). — De l'état de la langue dans la lèpre (*The British med. Journal*, 28 mai 1887, p. 1150).
- Hutchinson (J.). — Ulcération perforante de la cloison nasale dans un cas de lupus vulgaire (*The British med. Journal*, 28 mai 1887, p. 1150).
- Hutchinson (J.). — Teinture de siéges beekia orientalis dans la trichophytie (*The British med. Journal*, 25 juin 1887, p. 1384).
- Hutchinson (J.). — Étude des maladies de la peau au point de vue des doctrines de la pathologie générale (*The British med. Journal*, 23-30 juillet 1887, p. 163).
- Hutchinson (J.). — Inflammation des lèvres et de la bouche accompagnant d'ordinaire une affection cutanée (*Société de méd. et chir. de Londres*, 1887).
- Hutchinson (J. fils). — Lésions dentaires chez les enfants syphilitiques (*Société harvienne de Londres*, 1887).
- Hyde (J.-Nevius). — Epididymite syphilitique précoce (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, juillet 1887, p. 278).
- Hyde (J.-Nevius). — Note relative à un cas de Xanthoma multiplex (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, septembre 1887, p. 329).
- Hyde (J.-Nevius). — Observations sur trois cas de maladie symétrique de la main et du pied (*Med. News*, 8 oct. 1887).

J

Jackson (Hughlings). — Hémianopsie et paralysie avec atrophie d'une moitié de la langue chez un syphilitique (*Société méd. de Londres*, 1887. — *V. British med. Journal*, 2 avril 1887, p. 729).

Jackson (Georges-Thomas). — Cas de dactylite syphilitique héréditaire *New-York dermat. soc.*, 175^e meeting. — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, décembre 1887, p. 473).

Jackson (G.-Th.). — De la calvitie et de son traitement (*The med. Record*, 7 mai 1887).

Jackson (G.-Th.). — Cicatrices kéloldiennes consécutives au zoster (*The New-York dermat. soc.* — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 105, n° 3, 1887).

Jackson (G.-Th.). — Petit scrofuloderme pustuleux (*The New-York dermat. soc.* — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, août 1887, p. 310).

Jackson (G.-Th.). — Ichthyol et résorcine. Étude clinique de leurs effets (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, juin 1887, p. 245).

Jackson (G.-Th.). — Impetigo contagiosa (*New-York med. Journal*, 19 novembre 1887, p. 564).

Jacob. — Lésions de syphilis viscérale (*Leeds and West Riding medico-chirurgical Soc.* 18 fév. 1887. — *V. The British med. journal*, 26 fév. 1887, p. 459).

Jamieson-Allan. — Eczéma squameux de la paume des mains (*Edinb. med. chir. soc.*, 15 juin 1887).

Jamieson-Allan et *Byron-Bramwell*. — Sarcome mélanotique primitif de la peau, secondaire du cerveau et des autres organes (*Edinb. med. journal*, juillet et sept. 1887, p. 40 et 260).

Jamieson-Allan. — Cas de double comédon (*Med. chir. Society of Edinburgh*, 16 mars 1887. — *V. Edinb. med. journal*, juillet, 1887, p. 64).

Jay (Melville). — Éruptions vaccinales (*South Australian Branch.*, 26 août 1886. — *V. British med. Journal*, 22 janv. 1887, p. 161).

Jeffreys. — Pemphigus des nouveau-nés. (*Sheffield med. chir. society*, 14 avr. 1887. — *V. British med. Journal*, 30 avr. 1887, p. 939).

Jelly (Won). — Transmissibilité de la lèpre (*The British med. Journal*, 23 juillet 1887, p. 176).

Jessett (Bowreman). — Cas de grand nævus (*The British med. Journal*, p. 937, 30 av. 1887).

K

Keyes. — Séborrhée des lèvres (*New-York dermat. Society*. — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 62, n° 2, 1887).

Keyes.—Fibrome du lobule de l'oreille (*New-York dermat. Society.*—*V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 106, n° 3, 1887).

Keyes (Edward L.).—Emporte-pièce cutané (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 99, n° 3, 1887).

Kiernan.—De la syphilis secondaire compliquant les maladies mentales (*Alien. and neur. Saint-Louis*, avril 1887).

Kinnier.—Eruption circinée de la langue appelée glossite exfoliative marginée par Lemonnier (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, n° 2, fév. 1887, p. 56).

Klotz (Hermann G.).—Avantages de l'emplâtre salicylé composé dans la pratique dermatologique et chirurgicale (*New-York med. Journal*, 17 sept. 1887).

Klotz (Hermann G.).—Des ulcères résultant de gangrènes spontanées de la peau pendant les derniers stades de la syphilis et de leurs relations avec la syphilis (*The New-York med. Journal*, 8 octobre 1887).

L

Lamprey.—Hommes à cornes de l'Afrique (*The British med. Journal*, 10 déc. 1887, p. 1273).

Larking.—Ulcération de la gorge dans la syphilis héréditaire (*Brighton and Sussex med. Soc.*—*V. British med. Journal*, 22 oct. 1887, p. 887.).

Leckie et Carleton.—Transmission de la syphilis par la salive (*The British med. Journal*, 24 déc. 1887, p. 1379).

Littlewood.—Kéloïde (*The British med. Journal*, 3 déc. 1887, p. 1217).

Liveing (R.).—Nomenclature des maladies de la peau, et surtout des éruptions hybrides syphilitiques et autres (*British med. Journal*, 7 mai 1887, p. 982).

Lockwood.—Cas de tumeurs symétriques de la face (*Harveian Society of London.*—*V. The British med. Journal*, 5 nov. 1887, p. 997.).

Lowndes.—De la prostitution et des maladies vénériennes à Liverpool (*in-8°* 56 p., 1887).

Lowndes (Frederick W.).—Maladies vénériennes chez les petites filles (*The Lancet*, 22 janv. 1887, p. 168).

Lucas (Rob.).—Cas de gomme syphilitique de la trachée guérie par l'iode de potassium à hautes doses (*The British med. Journal*, 24 déc. 1887, p. 1378).

M

Macdonald (Childs).—Cas de purpura rhumatismal (*The Lancet*, 16 avril 1887, p. 772).

Mackenzie (Stephen). — Cas d'état éléphantiasique généralisé congénital (*Medical Society of London*, 31 oct. 1887.).

Mackenzie (St.). — Chylurie et flaire du sang (*V. British med. Journal*, p. 1282, 10 déc. 1887).

Mackey. — Lupus traité par la résorcine (*Brighton and Sussex med. chir. Soc.*, 1^{er} déc. 1887. — *V. British med. Journal*, 17 déc. 1887, p. 1339).

Mackey. — Eczéma sec ressemblant au xéoderma (*Brighton and Sussex Soc.*, 2 déc. 1886. — *V. British med. Journal*, 8 janv. 1887, p. 66).

Maclaren. — Atlas des maladies vénériennes, 1887).

Maclaren (G. H.). — Tumeurs cutanées multiples (*Med. chir. Soc. of Edinburgh*, 2 fév. 1887).

Nantle. — De l'érythème noueux, maladie infectieuse (*Congrès de l'Associat. méd. britannique* de 1887).

Mapother. — De l'éléphantiasis (*Congrès de l'Associat. méd. britannique*, 1887).

Maynard. — Syphilis congénitale avec épanchements articulaires multiples (*Newcastle on Tyne infirmary*. — *The British med. Journal*, 12 mars 1887, p. 569).

Middleton. — Nodosités rhumatismales des mains chez un malade (*Americ. Journal of the med. sciences*, oct. 1887).

Miller. — Cas de pemphigus universalis (*Edinb. med. Journal*, p. 597, janvier 1888).

Milner. — Des divers modes d'administration du mercure dans la syphilis (*Société de med. de Londres*, 21 février 1887).

Mitchell (H.). — Chancre huntérien primitif de la joue (*The Lancet*, 26 mars 1887, p. 622).

Mitchie. — Cas de sclérodermie (*Aberdeen Banff and Kincardine Branch.*, 18 mai 1887. — *V. British med. Journal*, 4 juin 1887, p. 1217).

Money (Angel). — Hémiplegie avec spasme chez un enfant syphilitique (*Clinical Soc. of London*, 14 janvier 1887. — *V. The British med. Journal*, 22 janvier 1887, p. 158).

Moore (C. F.). — Production anormale de l'ongle du pouce (*Congrès de 1887 de l'Association médicale britannique*).

Morgan. — Myxœdème (*Sunderland and North Durham med. Soc.*, 17 mars 1887. — *V. British med. Journal*, 2 avril 1887, p. 731).

Morison. — Leucopathia unguium (affection particulière des ongles) (*The American derm. associat.* — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, déc. 1887, p. 474).

Morris Malcolm. — Cas de lèpre (*Harveian Soc. of London*, 19 mai 1887).

Morrow (Pr. A.). — Pityriasis rubra avec lésions pustuleuses chez un psoriasique (*Journal of cut. and gen. urin. diseases*, p. 439, nov. 1887).

Morrow (Pr. A.). De l'idiosyncrasie dans le traitement spécifique de la syphilis (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 274, juillet 1887 et p. 289, août 1887).

Morrow (Pr. A.). — Appréciation des méthodes modernes de traitement

de la syphilis par les injections sous-cutanées (*The med. Record*, p. 501, 15 oct. 1887).

Mouillot. — Purpura hæmorrhagica (*Académie de médecine d'Irlande*, 4 février 1887. — *V. British med. Journal*, 19 mars 1887, p. 629).

Murphy. — Leucoplasie buccale (*Northumb. and Durham Soc.*, 8 déc. 1887. — *V. British med. Journal*, 24 déc. 1887, p. 1386).

O

Ohmann-Dumesnil (A. H.). — Lupus érythémateux de la main et du bras (45^{me} cas) (*St-Louis medical Society*, 1^{er} oct. 1887. — *V. Journal of the Americ. med. Associat.*, 17 déc. 1887, p. 794).

Ohmann-Dumesnil. — Cas insolite de dermatite médicamenteuse (cubèbe et copahu) (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 337, sept. 1887).

Orwin. — Lupus du larynx (*Medical Soc. of London*, 20 déc. 1886. — *V. British med. Journal* 1^{er} janvier 1887, p. 16).

Orwin. — Syphilis héréditaire de la langue (*Med. Soc. of London*, 20 déc. 1886. — *V. British med. Journal*, 1^{er} janvier 1887, p. 16).

Osborne. — Traitement abortif de la blennorrhagie (*New-York med. Journal*, 8 oct. 1887).

Owen (Edmund). — Sueur du visage localisée (*British med. Journal*, p. 500, 3 sept. 1887).

Owen (E.). — Cas de syphilis héréditaire (*Harveian Soc. of London*, 17 mars 1887. — *V. British med. Journal*, 26 mars 1887, p. 678).

P

Page. — Manifestations tardives de la syphilis héréditaire (*St Mary's Hospital case*. — *British med. Journal*, 23 avril 1887, p. 878).

Paget (W. S.). — Eruption produite par l'antipyrine (*The British med. Journal*, 20 janv 1887, p. 210).

Parker (Ruhston). — Traitement du lupus par le raclage (*British med. Journal*, 9 juillet 1887, p. 66).

Pasteur. — Syphilomes du cœur (*Pathol. Soc. of London*, 21 déc. 1887).

Paton. — Cas de myxœdème (*Glasgow med. Journal*, déc. 1887).

Payne (J. F.). — Molluscum fibrosum, fibronévromes multiples (*Soc. pathol. de Londres*, 17 mai 1887. — *British med. Journal*, 21 mai 1887, p. 1098).

Payne (J. F.). — Prurigo hiemalis (*British med. Journal*, p. 985, 7 mai 1887).

Philippi. — Traitement de l'ulcère de jambe par la pâte à l'oxyde de zinc de Unna (*Congrès de l'Association médicale britannique de 1887*).

Piffard (H. G.). — Nœvus vascularis étendu (*New-York dermat. Soc.* 170^e meeting. — *Journal of cut. and gen. urin. diseases*, p. 149, avril 1887).

Piffard (H. G.). — Du sel dans l'hygiène et la thérapeutique de la peau (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 421, nov. 1887).

Pollock (Georges). — Cas de méningite chronique probablement syph. causant une démence progressive (*Royal med. and chir. Society*, 26 avril 1887. — *British med. Journal*, p. 935, 30 av. 1887).

Porteous (J. Lindsay). — Sclerema (*Edinburgh med. Journal*, sept. 1887, p. 225).

Porter. — Transmissibilité de la syphilis par la salive (*The British med. Journal*, 10 déc. 1887, p. 1277).

Post (Abner). — De la mort par blennorrhagie (*The Boston med. and surg. Journal*, 5 mai 1887, p. 417).

Post (Abner). — Exemples des manifestations tardives de la syphilis congénitale (*The Boston med. and surg. Journal*, p. 493, 1887).

R

Rake (Beaven). — Lèpre non tuberculeuse avec asphyxie locale entre les plaques anesthésiques (*Lancet*, 12 novembre 1887).

Rake (Beaven). — La question de la transmissibilité et de l'hérédité de la lèpre (*The British*, 17 septembre 1887, p. 647).

Rake (Beaven). — Recherches expérimentales sur la lèpre (*The Brit. med. Journal*, p. 275, février 1887).

Rake (Beaven). — Cas de fièvre lépreuse, etc. Mort. Autopsie (*British med. Journal*, 11 juin 1887, p. 1277).

Rake (Beaven). — Forme d'ulcération simulant la lèpre (*The Lancet*, 23 avril 1887).

Ritchie (R. Peel). — Remèdes employés par les Caffres pour empêcher l'infection du sang dans l'anthrax (*Edinb. med. Journal*, p. 97, août 1887).

Robertson (William). — Hypertrophie de l'amygdale linguale (*British med. Journal*, 19 nov. 1887, p. 1104).

Robinson. — Herpès Zoster à distribution insolite (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, juillet 1887, p. 241).

Robinson. — Diagnostic et traitement de l'eczéma (in-8°, 136 p., Londres, 1887).

Robinson. — Sur le prurigo (*Journal of cut. and gen. urin. diseases*, p. 201, juin 1887).

Robinson. — Eczéma ou psoriasis. — (*New-York dermat. Society*. — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, janvier 1887, p. 18).

Robinson. — Diagnostic et traitement de la syphilis (in-8°, 134 p., Londres, 1886).

Robinson. — Cas de papillomes (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 103, n° 3, 1887).

Robson. — Glossite aiguë (*The British med. Journal*, p. 1216, 3 déc. 1887).

Rohé (Georges). — Valeur et usage convenable de l'arsenic dans les maladies de la peau (*Journal of the Amer. med. Associat.*, p. 663, 19 nov. 1887).

Rüe (Richardson). — Iodisme unilatéral (*The British med. Journal*, 16 juillet 1887, p. 125).

Ruxton. — Cas de leucoderma (*Aberdeen, Banff and Kincardine Branch*, 16 mars 1887. — *V. British med. Journal*, 2 avril 1887, p. 732).

S

Savill. — Cas de myxœdème (*British med. Journal*, 3 déc. 1887, p. 1216).

Seiler (Carl). — De la rhinite chronique comme facteur étiologique de l'acné du visage (*Société méd. de Philad.* — *V. Journal of the Amer. med. Associat.*, 5 nov. 1887, p. 604).

Semon et Jacob. — Laryngite syphilitique hyperplastique (*Pathol. Soc. of London*, 15 fév. 1887. — *V. British med. Journal*, p. 394, 1887).

Sharkey. — Artérite syphilitique (*Pathol. Society of London*, 18 janv. 1887. — *V. The British med. Journal*, 22 janv. 1887, p. 157).

Sheild (Marmaduke A.). — Glossite aiguë compliquée de trismus (*Medical Society of London*, 7 novembre 1887. — *V. British med. Journal*, 12 nov. 1887).

Shepherd (Francis). — Ainhum (*The American Journal of the med. Sciences*, janvier 1887).

Sherwell. — Cas de myxœdème (*New-York derm. Society*, 17^e meeting. — *V. Journal of cut and gen. urin. diseases*, p. 186, mai 1887).

Sherwell. — Double chancre du sein (*New-York derm. Soc.* — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 311, août 1887).

Shoemaker. — Médication et alimentation rectales dans le traitement des maladies de la peau (*The Lancet*, 13 octobre 1887).

Shæmaker. — Causes et traitement de l'eczéma infantile (*Journal of the Amer. med. associat.*, p. 739, 10 déc. 1887).

Simon (Robert M.). — Oleum deelinæ dans le traitement de l'eczéma (*British med. Journal*, 25 juin 1887, p. 1387).

Spender (John Kent). — Quelques points du traitement de l'acné de la face (*The Lancet*, 8 janvier 1887, p. 66).

Startin (James). — Maladies de la peau de la tête et des cheveux (in-8°, Londres, 1887, 37 pages).

Startin (J.). — Traitement de l'acné par le sulfure de calcium (*Congrès de l'Association médicale Britannique*, 1887).

Startin (J.). — Traitement du lupus par l'électrolyse (*Congrès de l'Association méd. Britannique*, 1887).

Steel. — Fibromes multiples (*Manchester med. Society*, 16 mars 1887. — *V. The British med. Journal*, 2 avril, p. 730).

Stelwagon (H. W.). — Cas de Purpura circiné (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, p. 369, oct. 1887).

Stelwagon (H. W.). — Emploi des emplâtres médicamenteux dans certaines dermatoses (*American dermat. Association*, 1887).

Stewart (Grainger) et John Thomson. — Myxœdème (*Med. chir. Soc. of Edinburgh*. — *V. British med. Journal*, 17 déc. 1887, p. 1337).

Suckling. — Maladie de Raynaud (*Midland Society*. — *V. British med. Journal*, p. 998, 3 nov. 1887).

Suckling. — Rétrécissement syphilitique de la trachée (*Midland med. Society*, 30 mars 1887. — *V. British med. Journal*, p. 883, 23 avril 1887).

Syme. — Syphilis héréditaire (*Australian med. Journal*, 1887).

T

Taylor (R. W.). — Syphilide serpigineuse tuberculeuse (*Journal of cut. and gen. urin. diseases*, juin 1887, p. 221).

Taylor (R. W.). — Effets toxiques de l'iodoforme (*Am. derm. association*. — *V. Journal of cut. and gen. urin. dis.*, nov. 1887, p. 433).

Taylor. — Cas de syphilide tuberculeuse (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, juillet 1887, p. 242).

Taylor. — Gommès précoces (*American Journal of the med. Sciences*, juillet 1887).

Taylor. — Cas d'inflammation chronique de l'appareil génital externe de la femme (*New-York der. Soc.*, 167^e meeting. — *Journal of cut. and gen. urin. dis.*, n° 2., p. 62, 1887).

Taylor. — Molluscum fibrosum du dos et des épaules (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, janvier 1887, p. 20).

Thompson (Alton H.). — Hérédité pathologique et malformations congénitales des dents (*Journal of the American med. associat.*, 19 nov. 1887, p. 641).

Tibb (William). — Syphilis vaccinale (*The medical Record*, 5 fév. 1887).

Tichborne (C. R. C.). — Elimination de l'acide urique par la peau et difficultés de trouver de petites quantités de cet acide (*The British med. Journal*, 19 nov. 1887, p. 1097).

Tucker (J.). — Herpes omobrachialis (*The Cincinnati Lancet clinic*, 30 avril 1887, p. 548 in *Chicago med. Society*, 21 mars 1887).

Turner (G. R.). — Cas de chancre huntérien de la lèvre (*Med. Society of London*, 24 janvier 1887. — *V. British med. Journal*, 29 janv. 1887, p. 212).

U

Unna (P. G.). — Progrès récents dans la thérapeutique des maladies de la peau (*British med. Journal*, 27 août 1887, p. 447).

Unna (P. G.). — Quelques observations sur le traitement de la lèpre (*Journal of cut. and gen. urin. dis.*, oct. 1887, p. 381).

Unna (P. G.). — Seborrhoeal eczema (*Journal of cut. and gen. urin. dis.* déc. 1887, p. 429).

V

Velasco et Egea. — Traitement de la lèpre par la décoction de mallow (*British med. Journal*, 2 avril 1887, p. 741).

W

Walters (J.). — Pigmentation de la peau par le nitrate d'argent (*The British med. Journal*, p. 1209, 3 déc. 1887).

Ware (Lyman). — Lupus Vulgaris (*Journal of the Amer. med. Associat.*, 21 fév. 1887, p. 181).

Welch (G. T.). — Eczéma rubrum des enfants (*The med. Record*, 25 juin 1887, p. 708).

Wendt (E. C.). — Hémophilie congénitale (*The med. Record*, 19 fév. 1887, p. 208).

Wenfield. — Des eczémas et de leur traitement (*New-York med. Journal*, 18 juin 1887, p. 683).

Wilks (Samuel) et G. Duffey. — Pigmentation par le nitrate d'argent (*The British med. Journal*, 5 nov. 1887, p. 992).

Whipham. — Cas de langue noire (*Med. Soc. of London — The British med. Journal*, 9 avril 1887, p. 782).

White (Hale). — Syphilis congénitale. Gommès. Transformation fibreuse du foie. Péritonite chronique (*The British. med. Journal*, 19 nov. 1887, p. 1102).

White (J. C.). — Introduction à l'étude de l'influence du régime dans les maladies de la peau (*Journal of Cut. and gen. urin. dis.*, nov. 1887, p. 409).

White. — Contagiosité du prurigo (*Medical age*, 20, 1887).

Wulfsberg. — De l'œsypum et de la lanoline anhydre pure (*British med. Journal*, 24 mai 1887, p. 1087).

L. B.

VARIA.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Tenu à Paris en 1889.

Voici les titres généraux des questions proposées à l'ordre du jour par le comité d'organisation ;

- I. — *De la constitution du groupe Lichen.*
- II. — *Du Pityriasis rubra. — Des dermatites exfoliantes généralisées primitives.*
- III. — *Du Pemphigus. — Des dermatoses bulleuses complexes ou multiformes.*
- IV. — *Du trichophyton. — Des dermatoses trichophytiques.*
- V. — *Direction générale et durée du traitement de la syphilis.*
- VI. — *Fréquence relative de la syphilis tertiaire. — Conditions favorables à son développement.*

Dans notre prochain numéro paraîtront le programme détaillé de ces questions et le règlement du Congrès.

NOUVEAU JOURNAL DE DERMATOLOGIE.

Nous annonçons avec grand plaisir l'apparition d'un nouveau journal de dermatologie — *The british Journal of Dermatology*, — mensuel, publié à Londres, par MM. MALCOLM MORRIS (de Londres) et H.-G. BROOKE (de Manchester) ; éditeur H.-K. LEWIS, 136, Gower street, London, W.C.

Ainsi se trouve comblée, dans la presse d'Angleterre, une lacune que nous avons souvent signalée, et regrettée ; nous adressons nos meilleurs souhaits de bienvenue au nouveau journal, et à ses distingués et sympathiques directeurs.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Société d'imprimerie PAUL DUPONT, 24, rue du Bouloi (Cl-) 59.11.88.

r

s

.